UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Travail fait au Service Gynécologique du Professeur De ROUVILLE

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE

UNI ou BILABIAL DU COL UTÉRIN

d'origine inflammatoire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1922

PAR

Joseph COHEN

né à Volo (Grèce), le 14 avril 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR d'Université EN MÉDECINE

(Mention Médecine)

Examinateurs de la Thèse : De ROUVILLE, professeur, *président.* — VALLOIS, professeur — ~~MASSABUAU,~~ professeur — *Assesseurs*

Grynfelt.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1922

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE

UNI ou BILABIAL du COL UTÉRIN

d'origine inflammatoire

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE

UNI ou BILABIAL DU COL UTÉRIN

d'origine inflammatoire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Joseph COHEN

né à Volo (Grèce), le 14 avril 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : De ROUVILLE, professeur, *président.* — VALLOIS, professeur — MASSABUAU, professeur — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON. GBYNFELTT
Physiologie		HEDON
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERBIEN, *doyen*
Botanique et Histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et Thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT. FORGUE *ass.*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU,

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.
Prof. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL
Secrétaires honoraires : MM GOT, IZARD.

Chargés des Cours Complémentaires

Anatomie	MM.	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie		RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIÈRE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		P. DELMAS.
Pharmacologie		GALAVIELLE
Matière médicale		CABANNES.
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie		WATON
Histologie		GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT GAUSSEL. EUZIÈRE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM.	RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie		DELMAS (J.)	Accouchements		DELMAS (P).
Chimie		MESTREZAT,	Histoire natur.		GALAVIELLE CABANNES.
			Physique		PECH.

Examinateurs de la Thèse

M. De ROUVILLE, prof., *Président.* | MM. VALLOIS, professeur.
MASSABUAU, professeur.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Très faible témoignage d'éternelle reconnaissance et d'amour filial.

A MES FRÈRES

Vous m'avez témoigné toujours beaucoup d'affection : vos exemples et vos encouragements de chaque instant ont été pour moi une bonne conduite. Très heureux si, pour vous remercier pour les sacrifices auxquels vous vous êtes soumis, je parviens dans ma carrière professionnelle à me montrer digne de ce que vous voudriez trouver en moi.

A MES SŒURS

A MES BELLES-SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES NIÈCES ET NEVEUX

MEIS ET AMICIS

J. COHEN.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MÉDECIN-CHEF A LA MATERNITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

J COHEN

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MÉDECIN-CHEF A LA MATERNITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR FABRE

ANCIEN CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NIMES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
EX-CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NIMES

J. COHEN.

A LA FAMILLE Ch. MARTIN

ET MON AMI LE DOCTEUR André MARTIN

La sympathie et l'estime que vous m'avez témoigné m'obligent à vous remercier chaleureusement. Veuillez croire, je vous prie, à mon très bon souvenir pour les quelques moments de joie familiale dont vous m'avez fait profiter.

J. COHEN.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE

UNI OU BILABIAL DU COL UTÉRIN

D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

AVANT-PROPOS

En accomplissant notre dernier acte universitaire, nous considérons comme un impérieux devoir de remercier ceux qui se sont efforcés de nous instruire et de nous aider à parcourir toutes les étapes de nos études médicales.

Mademoiselle VERGUET, institutrice française à Volo, a grandement contribué par ses leçons claires à nous initier aux beautés de la langue française ; il en est de même de Monsieur le Professeur COHEN. Nous leur adressons tous nos remerciements et notre reconnaissance.

Pendant nos études en France, certains de nos Maîtres se sont particulièrement intéressés à nous. Tout d'abord notre gratitude va à Monsieur le Professeur DE ROUVILLE, qui a été pour nous plein d'estime et de sympathie. Il n'a jamais cessé de nous prouver sa bienveillante sollicitude et de nous faire profiter un peu

de sa grande expérience gynécologique. Pendant notre externat et internat provisoires dans son service et pendant les trois années d'internat dans sa clinique privée, combien nous avons pu profiter de son enseignement et de ses techniques chirurgicales! Aussi pouvons-nous dire que toutes nos notions gynécologiques nous les devons à ce Maître éminent ; nous pouvons nous considérer heureux d'avoir été son élève pendan si longtemps. Qu'il nous soit permis de lui adresser ici nos bien sincères remerciements pour la bienveillante sollicitude dont il nous a toujours entouré, et qu'il veuille bien croire à notre profond respect et à notre grande reconnaissance.

Pendant les sept mois que nous avons suivi Monsieur le Professeur Vallois, à la Maternité, nous n'avons pas manqué de nous faire une bonne base sur cette branche, de manière à pouvoir poursuivre plus profondément nos études là-dessus. L'art et la conscience de Monsieur le Professeur Vallois et de notre Maître Monsieur le Professeur de Rouville seront pour nous un guide précieux dans notre carrière professionnelle.

Que Monsieur le Professeur Vallois veuille croire à notre reconnaissance pour les notions que nous lui devons et qu'il veuille bien accepter nos plus sincères remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés en ce qui concerne la rédaction du chapitre relatif à l'obstétrique.

Nos remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur Massabuau, qui à bien voulu accepter de nous aider pour le premier sujet que nous avions choisi et auquel, indépendamment de notre volonté, nous avons dû renoncer.

Nous n'oublierons pas l'amabilité de Monsieur le Professeur agrégé P. Delmas, que nous remercions pour les notions que nous avons acquises par son enseignement, soit à la Faculté, soit à l'Hôpital.

Nous adressons aussi nos remerciements à Monsieur le Professeur Bosc et Monsieur le Professeur Granel, pour le bienveillant intérêt qu'ils nous ont témoigné durant nos études.

Nous ne devons pas omettre, avant d'entrer au sujet de notre travail, de remercier notre ami le Docteur C. Tzélépoglou pour l'aide qu'il nous a apportée pour l'examen microscopique de deux observations personnelles que nous publions.

Durant les cinq années environ pendant lesquelles nous avons été attaché au service de Monsieur le Professeur de Rouville, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de l'affection que nous nous sommes proposé d'étudier, c'est-à-dire l'allongement hypertrophique uni ou bilatéral du col utérin.

Certes, cette maladie n'est pas inconnue, au contraire, elle existe peut-être depuis que la métrite cervicale existe elle aussi et dont elle n'est qu'une variété de ses formes nombreuses. Mais les anciens auteurs, ou bien ne la mentionnaient pas, ou bien la confondaient avec un prolapsus ou un allongement hypertrophique en masse du col, cette dernière modalité ayant été bien étudiée vers la fin du XIX^{e} siècle.

Nous avons cru intéressant d'étudier cette affection à cause de sa rareté absolue d'une part, sa rareté relative par rapport aux nombreuses affections métritiques du col d'autre part, et enfin parce que nous n'avons pas pu trouver un travail plus ou moins complet sur ce sujet.

Notre intention n'est donc pas de nous occuper ici de toutes les variétés d'hypertrophie du col utérin ; cette étude a été déjà faite par plusieurs auteurs, à la tête desquels Huguier, dont le mémoire important est resté classique.

Nous nous proposons d'étudier tout simplement le développement exagéré *d'une des lèvres ou de deux lèvres à la fois* du col utérin. Nous écartons par conséquent de notre travail :

1° Les allongements hypertrophiques en masse du col ;

2° L'hypertrophie inégale d'une des parois du col (prolapsus) ;

3° Les allongements hypertrophiques labiaux du col dus à des tumeurs ou affections spécifiques : fibromes, myomes, kystes folliculaires, lymphangiome kystique, cancer, sarcome, etc.

Comme tous les auteurs que nous avons consultés *citent* l'affection que nous étudions au sujet de l'allongement hypertrophique en masse du col, nous avons eu recours pour notre bibliographie aux travaux s'adressant à cette dernière affection depuis 1702 (Saviard) jusqu'à nos jours.

HISTORIQUE

Nombreux sont les auteurs qui, s'occupant de l'étude du prolapsus utérin, ont constaté l'existence de l'allongement hypertrophique de la partie sus ou sous-vaginale du col.

Parmi les auteurs français, nous pouvons citer Saviard, Levret, Gardien, Morgagni, Lobstein, Cruveilhier..., Malgaigne, Huguier, Paul d'Egine, Nélaton..., Demarquay.

Parmi les auteurs étrangers, nous trouvons Kiwisch, Birloth, Simpson, Sims, Simons, Kehrer, Schrœder, Herpin, Winkel, Frike... et Géo H. Noble (1920).

Nous nous bornerons seulement à les mentionner, car leurs travaux ne nous intéressent qu'indirectement. Nous insisterons davantage sur les auteurs français et étrangers chez lesquels nous avons trouvé des passages s'adressant spécialement à notre sujet.

Déjà, en 1776, l'hypertrophie des lèvres du col utérin était connue et citée par certains auteurs, parmi lesquels Leroux (de Dijon), à la page 14 de son travail « Observation sur les pertes de sang, etc. », dit : « Dans certaines femmes, il n'y a que la lèvre antérieure de l'os tineæ qui se prolonge ; dans d'autres, c'est le col entier. »

En 1821, Désormeaux, faisant une étude sur les allongements hypertrophiques du col, nous fait savoir que dans les quelques cas qu'il a pu observer, *les lèvres du museau de tanche étaient fortement prolongées* (voir formes cliniques).

En 1832, G. Monod, dans sa thèse d'agrégation, distingue trois sortes d'affections du col utérin : les végétations, les engorgements œdémateux et les hypertrophies. En ce qui concerne ces dernières, l'auteur nous enseigne que *l'hypertrophie peut affecter tout le col, ou seulement une des lèvres du museau de tanche.* Sa consistance, sa couleur, sa sensibilité, sont à peu près normales, dans quelques cas la tumeur affecte une couleur bleuâtre. »

Un an plus tard, Dugès et Boivin, dans leur « Traité sur les maladies de l'utérus », disent que le col utérin s'allonge parfois considérablement. D'après eux, c'est tantôt le col qui s'allonge en masse dans sa totalité, *tantôt une des lèvres seulement acquiert cette longueur démesurée*, de telle façon qu'elle peut être portée au point de faire saillie hors de la vulve.

En 1838, Ricord a observé des cols utérins dont la forme oblique, en bec de flûte, présentait une étroite analogie avec le groin d'un porc ou le museau d'un tapir : de là la dénomination de « col tapiroïde » donnée par cet auteur. Il ajoute que ce développement anormal des lèvres du col peut affecter indifféremment soit l'une soit les deux lèvres à la fois.

M. Dépaul, dans les conclusions qu'il a formulées au sujet du mémoire que Herpin (de Genève) a publié en 1856 « sur l'allongement démesuré du col de l'utérus », nous apprend que : « Le col peut s'allonger au

point de dépasser la vulve de quelques centimètres sans déplacement bien prononcé de la matrice. *L'une des lèvres peut s'allonger beaucoup plus que l'autre...* »

Trois ans après, Bequerel s'occupa surtout de l'étiologie et de la pathogénie de ces allongements hypertrophiques : il les considéra comme la conséquence possible de l'inflammation du col utérin et il admit une néoformation du tissu musculaire du col et du système artériel. Il expliqua aussi les circonstances dans lesquelles se produisent ces allongements démesurés des lèvres (voir Etiologie).

Mais celui qui étudia d'une manière complète les allongements hypertrophiques du col utérin, c'est Huguier. Son travail, intitulé « Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus », parut en 1860 et fut le sujet de plusieurs discussions à l'Académie de médecine soulevées par M. Dépaul. Huguier s'exprime de la façon suivante relativement à notre sujet : « Telle est la disposition générale de cet allongement, mais quelquefois la tumeur est bifide à son extrémité, et les deux lèvres utérines, supportées par une base commune, cylindrique, plus développée que celle du museau de tanche à l'état naturel, forment deux languettes flottantes, aplaties d'avant en arrière, qui recèlent entre elles l'ouverture du col de l'utérus. Cette partie ressemble dans ce cas à une mitre renversée. Chez quelques malades, surtout chez celles qui sont en même temps atteintes d'anté ou rétroversion, le sommet du col est recourbé en forme d'aiguière ; la lèvre la plus saillante répond à la concavité. D'autres fois, c'est l'une des lèvres seulement qui est le siège du développement hypertrophique. La tumeur forme alors une

pointe arrondie ou une languette épaisse au sommet de laquelle on ne trouve pas d'ouverture. L'autre lèvre est à l'état normal, mais le plus souvent atrophiée ou convertie en un croissant très mince dont la concavité est dirigée en bas et limite l'ouverture du col qui a 12 à 20 millimètres d'étendue. La lèvre antérieure m'a paru être plus souvent le siège de cette affection que la postérieure. La lèvre ainsi hypertrophiée présente vers sa base, sur la face qui correspond à l'orifice de l'utérus, les caractères de la surface interne du col, etc. »

Ce passage, joint à ceux que nous citons plus loin, constitue la partie la plus intéressante du travail de Huguier qui concerne particulièrement notre étude.

Dans ce mémoire, nous avons emprunté deux observations se rapportant spécialement à notre sujet (Obs. V et VI). Dans l'observation IV de ce mémoire, il ne s'agit pas du tout d'hypertrophie de la lèvre antérieure, comme le dit Huguier, mais tout simplement d'une hypertrophie plus marquée de la paroi antérieure du col (et non pas de sa lèvre), par rapport à la paroi postérieure : « Le toucher, dit l'auteur, fait reconnaître une tumeur qui se présente presque au dehors de la vulve, tumeur conique, facile à circonscrire avec le doigt, au sommet et en arrière de laquelle on sent facilement l'ouverture du col de l'utérus. » S'il s'agissait, en effet, d'une hypertrophie de la lèvre antérieure, *l'orifice externe du col n'aurait pas été situé au sommet de la tumeur, mais beaucoup plus haut que celui-ci.* Comme nous y insistons particulièrement dans la symptomatologie, la situation de l'orifice du col est d'une importance capitale à déterminer et à préciser.

La traduction que nous avons fait faire de la thèse

allemande « *Ueber Cervixhypertrophien des Uterus* », de Carl Ebermaier, nous a renseigné sur les principaux auteurs allemands et autres auteurs étrangers qui ont écrit sur les allongements hypertrophiques du col et sur l'affection qui fait l'objet de notre thèse. Nous pouvons ainsi citer Scanzoni (1858), Virchow, Rokitanski, Foerster, Fritsch, Schœller, Klob (de Vienne), qui se sont occupés surtout de la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'affection. Nous avons pu trouver dans le journal « Canstatt's Jahresbericht », de 1851, une observation intéressante dont nous publions plus loin la traduction. Virchow avec Klotsch, Hœnig, Simons et Kennedy mentionnent certaines formes cliniques d'hypertrophie que peuvent revêtir les lèvres du col utérin.

Voilà exquissée aussi brièvement que possible l'historique des principaux travaux français et étrangers intéressant directement ou indirectement notre travail.

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Au point de vue étymologique, le terme hypertrophie *signifie nutrition exagérée, hypernutrition.* Par conséquent, il est facile de comprendre que toutes les causes qui seront capables de produire cette hypernutrition pourront donner naissance à l'affection qui fait l'objet de notre étude.

Toutefois, il ne faudrait pas considérer cette notion comme absolue, car, nombreuses sont les causes qui peuvent donner lieu à l'hypertrophie des lèvres du col utérin. A ce sujet, Cruveilhier, dans son traité d'anatomie pathologique générale, mentionne : « Je ne connais pas de lésion qui ait un plus grand nombre d'affinités ou d'associations morbides que les hypertrophies..... Pour tracer l'histoire complète des hypertrophies il aurait fallu parcourir toutes les lésions morbides et apprécier le rôle que joue l'hypertrophie dans chacune de ces lésions. Ce rôle est immense ; car nos tissus sont inaltérables, ils ne sont susceptibles que d'hypertrophie et d'atrophie et les lésions qui se passent au milieu de nos organes sont le résultat du dépôt de produits de diverses

natures, dont les uns s'organisent et vivent en parasites et dont les autres non susceptibles d'organisation, doivent être expulsés. »

Stoltz, de son côté, à propos des hypertrophies du col utérin, nous apprend que : « On n'est pas bien d'accord sur les causes qui produisent cet allongement qui peut aller jusqu'à quatre et même jusqu'à six pouces. On l'a trouvé chez des vieilles femmes qui, depuis longtemps, étaient affectées de leucorrhée. C'est, à ce qu'il paraît, un surcroit de nutrition, une hypertrophie de cette partie, qui a pour cause une surexcitation longtemps continuée, qui y détermine un afflux de sang plus considérable, car un simple relâchement ne pourrait lui donner cette longueur excessive ».

Huguier classe ces hypertrophies parmi les affections chroniques qui frappent si fréquemment l'utérus. En effet, les divers aspects sous lesquels peut se présenter l'allongement que nous décrivons, ne sont que des variétés cliniques de la métrite cervicale, généralement chronique. Les quatre observations que nous avons pu recueillir, de même que les deux observations personnelles, viennent confirmer cette manière de voir.

Nous étudierons les causes déterminantes et les causes favorisantes de cette affection.

A. — CAUSES DÉTERMINANTES

Presque tous les auteurs sont actuellement d'accord sur l'étiologie et la pathogénie des *hypertrophies* en général. Plusieurs hypothèses ont été émises, nous les développons à propos des causes favorisantes, mais celle

qui a le plus de partisans actuellement, pour certaines formes d'hypertrophies, c'est *l'inflammation*. De là, la distinction des hypertrophies en inflammatoires et non inflammatoires.

Les deux examens microscopiques, que nous avons pratiqués, nous révèlent des foyers inflammatoires discrets (ce qui est caractéristique des lésions chroniques) mais très évidents. Partant de là, nous pensons qu'il faut bien admettre une relation de cause à effet entre cette inflammation et l'allongement hypertrophique que nous décrivons. En conséquence, on peut considérer ce dernier comme une hypertrophie d'origine inflammatoire et le classer parmi les autres hypertrophies d'origines inflammatoires connues actuellement.

Les hypertrophies inflammatoires étaient connues depuis longtemps, mais leur étude complète ne date que de ces dernières années. L'opinion de Cruveilhier, qui considérait les tissus comme inaltérables, ne doit pas être, absolue, car, on sait, aujourd'hui, qu'un organe hypertrophié ne l'est pas toujours « sans changement de texture ». Certaines formes particulières d'inflammation par l'irritation des tissus qu'elles produisent, provoquent une prolifération cellulaire plus ou moins intense et plus ou moins durable aboutissant à l'hypertrophie.

Les cas d'hypertrophie ou de tumeurs, de nature inflammatoire, sont nombreux actuellement. Ainsi, l'actinomycose, la tuberculose hypertrophique du cœcum (Dieulafoy) (1), (Estor) et d'autres organes (Poncet et

(1) G. Dieulafoy, Clin. méd, Hôtel Dieu 1903, t. IV., p. 286-327 et Manuel de Pathol, int. 16e édit. 1911, p. 554-584.

Leriche) (1), la tuberculose pseudo-néoplagique des gaines (Forgue et Massabuau) (2), le grand groupe de pseudo-sarcomes inflammatoires (Durante (3), les exostoses, périostoses et autres tumeurs syphilitiques (Le Dentu, Feulard, Nicolas et Faure, Chenelot), la mastite diffuse hypertrophique (C. Tzélepoglou) (4), etc. (5) Plusieurs cas de ce genre ont été communiqué à la Société de Chirurgie par Arron, Tuffier, Routier, P. Delbet, Poncet et Leriche, lorsque celle ci discutait sur les fausses tumeurs inflammatoires (6).

Toutes les formes de l'inflammation ne sont pas capables de réaliser ces hypertrophies. M. Durante exposait de la façon suivante, l'influence des différentes formes inflammatoires sur les tissus : « 1° L'inflammation *aigüe* est due aux agents (microbes, parasites, corps étrangers) entrainant une réaction vive des éléments voisins. Les cellules conjonctives se multipliant incessamment et hâtivement, n'ont pas le temps d'évoluer et de dépasser l'état *embryonnaire* (9 . La caractéristique de cette forme est une infiltration plus ou moins abondante de petites cellules rondes, disposées en amas, en traînées ou en

---

(1) Poncet et Leriche. La tuberculose inflammatoire. — Doin 1912

(2) Forgue et Massabuau. — Presse médicale 1909, n° 85.

(3) G. Durante. — Presse médicale, n° 87, 26 octobre 1912.

(4) C. Tzélépoglou. — Mastite diffuse hypertrophique. — Thèse de Montpellier 1919.

(5) Voir encore : M. Letulle, in traité de patho-gén. de Bouchard, 1900. Masson, t. III, 2e partie, p. 601.

(6) Soc. de chir., mai, juin, nov. et déc. 1911.

(7) G. Durante, loc. cit.

(9) Nous appelerons, faute de terme mieux approprié, cellules embryonnaires, les éléments très jeunes, résultant d'une multiplication rapide, éléments dépourvus de substance différenciée, d'aspect banal et de morphologie essentiellement variable.

nappes, qui, en dehors de l'apport leucocytaire, proviennent de cette prolifération conjonctive rapide et qui sont destinées à défendre l'organisme en luttant activement contre l'agent irritant.

Lorsque l'irritation cesse, la prolifération cesse également. Les cellules jeunes dégénèrent en partie. Celles qui persistent augmentent de volume, achèvent leur évolution, passent à l'état adulte et édifient des fibres conjonctives. Le tissu inflammatoire embryonnaire s'organise ainsi en tissu fibreux ou de cicatrice, marquant l'emplacement de l'ancienne lésion. Ceci est un processus *de guérison qu'il ne faut pas confondre avec celui de l'inflammation chronique ;*

2° L'inflammation *chronique* résulte d'agents faiblement irritants pour les éléments voisins, qu'ils le soient d'emblée ou secondairement à une phase aigüe par diminution de leur virulence ou par accoutumance des cellules.

L'excitation légère qu'ils provoquent, incite les éléments à une *suractivité* fonctionnelle qui se traduit par une sécrétion plus abondante des fibres conjonctives. Elle ne détermine, d'autre part, qu'une *prolifération lente*, en sorte, que les cellules ainsi produites ont le temps d'évoluer complètement, d'aboutir à l'état adulte et de sécréter des fibres conjonctives.

L'inflammation chronique vraie comporte donc une multiplication et une hyperactivité lentes, mais constantes des éléments et entraîne une *hyperplasie des tissus*, soit sous forme d'enveloppe fibreuse, défense passive organisée autour de l'élément étranger, soit sous forme de nodule augmentant progressivement de volume.

Caractérisée par une hypergénèse des cellules con-

jonctives adultes qui sécrètent des fibrilles plus ou moins volumineuses, l'inflammation chronique est donc essentiellement une *fibromatose exubérante* qu'il ne faut pas confondre avec la sclérose cicatricielle rétractile de guérison ;

3° Entre l'inflammation aigüe et l'inflammation chronique existe une forme intermédiaire... La forme *subaigue* vraie relève d'agents, ayant une action modérée sur les tissus voisins, entraînant, par conséquent, une prolifération cellulaire moins rapide que dans la forme aigüe, mais plus active que dans la forme chronique. A cette intensité différente de la prolifération des éléments, correspond une morphologie cellulaire spéciale sur laquelle l'attention n'a pas été suffisamment attirée jusqu'ici; aussi a-t-elle prêté à des nombreuses confusions.

Dans l'inflammation subaigüe, la prolifération moins hâtive que dans la formé aigüe, laisse aux cellules le temps d'évoluer jusqu'à un certain point et de quitter l'état embryonnaire. Elle est encore, cependant, trop active pour laisser le loisir d'achever leur évolution, d'arriver à l'état adulte et de différentier des fibrilles.

Elles aboutissent, ainsi, à un état intermédiaire entre l'état embryonnaire très jeune, de la première forme et l'état adulte de la forme chronique, véritable état *d'adolescence* cellulaire... N'ayant pas le temps de sécréter les fibres sur lesquelles elles s'étalent à l'état adulte, mais plus développées, plus volumineuses que des éléments embryonnaires, ces cellules affectent des formes variables, déterminées peut-être par le milieu dans lequel elles se trouvent...

Telles sont, dans leur grandes lignes, les trois principales formes de la réaction inflammatoire des éléments

conjonctifs. Cette réaction qui relève des propriétés biologiques les plus générales de la cellule, n'est, du reste, pas spéciale à la cellule conjonctive. On la retrouve, avec peu de modifications, dans les cellules épithéliales et elle se vérifie également dans les divers parenchymes ».

D'après cet exposé de M. Durante, il est facile de comprendre que l'inflammation est un processus essentiellement néoformatif, entraînant une prolifération des différents tissus, prolifération plus ou moins intense suivant la susceptibilité particulière de chaque tissus et suivant la nature de l'agent pathogène qui la provoque.

Quelle est maintenant la voie de pénétration, la *porte d'entrée* de cet agent pathogène ? Cette porte d'entrée est, dans la majorité de cas, le système folliculaire. Les germes arrivent de l'extérieur ; cette infection est presque inévitable pendant la grossesse et surtout l'accouchement.

La voie vasculaire est actuellement admise pour certaines lésions de l'utérus. L'examen miscroscopiques de nos deux cas personnels (voir fig. 7 et 8) nous fait penser plutôt à cette voie vasculaire qu'à la précédente. En effet, il est vrai qu'il y a dans les coupes que nous présentons, une prolifération glandulaire anormale, mais ce qui nous frappe et nous fait penser plutôt à la voie vasculaire, c'est l'existence de deux lésions suivantes :

a) Néoformation et dilatation vasculaire avec lésions d'endo et de périvasurlarite.

b) La prolifération intense du tissu conjonctif, qu'aurait été beaucoup moindre si la voie suivie par l'agent pathogène était la voie folliculaire.

Il en résulte que tous les tissus du col subissent une prolifération plus ou moins marquée, mais il y a toujours une prédominance portant sur certains systèmes (musculaire, glandulaire, conjonctif, etc.) suivant l'origine et la localisation de l'inflammation.

B. — Causes prédisposantes

Ces causes prédisposantes sont :

I. Les modifications que le col subit par la gravidité.

II. Les causes produisant de l'hypernutrition.

I. — Modifications du col par la gravidité

Ces modifications sont très importantes à connaître ; elles ont été très bien étudiées, comme nous l'avons déjà dit, par Stolz dans sa thèse. Ce dernier auteur a étudié la forme du col utérin chez les enfants, chez les nubiles et vierges et les modifications que subit celui-ci chez la primipare et la multipare. A propos de nubiles et vierges, Stoltz dit : « La base, ainsi que le sommet (du col), sont coupés en biseau de haut en bas et d'arrière en avant ; les lèvres de ce dernier sont bien lisses et unies, l'antérieure est plus épaisse et un peu plus longue que la postérieure et elles sont séparées entre elles par une fente transversale de plus de trois lignes de longueur qui représente l'orifice externe exactement fermé. »

Plus bas, en parlant du col de primipares, le même auteur écrit : « La fente transversale qui constitue l'orifice externe s'arrondit peu à peu, suivant la remarque

de Stein, qui regarde ce phénomème comme le signe le plus certain de la grossesse ; la lèvre postérieure vient au même niveau que l'antérieure, soit que celle-ci se raccourcisse ou que celle-là s'allonge ; et, comme le col entier parait plus long, il est probable que c'est aux dépens de la lèvre postérieure que ce changement a lieu. Peu à peu, les deux lèvres se confondent entièrement l'une dans l'autre, de sorte que l'on ne peut plus les distinguer. »

Enfin, Stoltz, au sujet du col utérin des multipares, s'exprime en ces termes : « Le sommet est plus gros que la base, il est moins long dans sa totalité ; quelquefois partagé en deux lèvres plus ou moins plates, larges et inégales ; l'antérieure est plus large que la postérieure, qui, quelquefois, ne parait pas exister ; d'autres fois, la lèvre postérieure est très prononcée et à peine sent-on l'antérieure. »

Les recherches de Stoltz, sur les modifications du col utérin après l'accouchement, lui ont appris que le col, pendant les couches, revient peu à peu à sa grandeur naturelle, quelquefois même il est plus long. D'après lui, il reprend ordinairement la longueur qu'il avait avant la gestation, assez souvent, il est plus ou moins raccourci et rarement il est plus long.

Ces diverses modifications du col utérin étant bien connues, supposons une infection surajoutée après l'accouchement. Quelle en sera la conséquence ? bien simple et très connue actuellement, c'est généralement la subinvolution de l'utérus, et, avec lui, de l'allongement hypertrophique labial du col. On comprend bien, par conséquent l'intérêt que présentent ces modifications du col, comme causes prédisposantes, constituant la première étape de

l'allongement que nous étudions. La progression de la lésion n'est alors fonction que de l'intensité et de la durée de l'infection du col.

II. — Causes produisant l'hypernutrition

Nous pouvons les classer en deux groupes :

I. Causes déterminant une exagération de la fonction de l'organe.

II. Un travail morbide fluxionnaire direct ou indirect.

I. — Causes déterminant l'exagération de la fonction de l'organe

Dans ce groupe des causes, nous pouvons décrire :

1. *La gravidité* : Elle produit une nutrition exagérée et passagère de l'utérus, fait sur lequel il est inutile d'insister.

2. *L'âge* : On sait très bien que l'utérus ne devient un organe avec fonction qu'à partir de la puberté. Chez l'enfant, c'est un organe sans aucune fonction et chez la vieille femme l'activité génératrice est abolie. Par conséquent, l'exagération de sa fonction s'observe à la période moyenne de la vie d'où la fréquence de l'hypertrophie des lèvres du col à cet âge.

3. *La menstruation et certains troubles menstruels* : L'instauration menstruelle peut amorcer parfois l'hypertrophie de l'une des lèvres du col ou des deux à la fois par suite de la congestion et de la nutrition plus

active de l'utérus qu'elle produit à ce moment là, mais ce n'est que plus tard, que ce début d'hypertrophie peut parvenir à son entier développement : soit à la suite des périodes menstruelles ultérieures, soit par suite d'une infection (métrites des vierges).

4. *L'abus du coït.* — Son importance est très grande par suite des congestions répétées du col qu'il produit. Stoltz dit « Mais si la femme a souvent souffert les approches de l'homme, le col a aussi éprouvé de nouveaux changements : il est plus nourri, plus gros, plus cylindrique, le sommet est moins régulier et lisse ». Il suffit, en effet, d'avoir vu ces gros, et parfois énormes, cols utérins, que beaucoup de prostituées présentent, même en dehors de toute infection gonococcique, pour être convaincu de son action nuisible sur le col.

5. *Les mauvaises habitudes.* — Elles agissent de la même façon que dans le cas précédent. Huguier, dans son mémoire, à propos d'une de ses malades et dont il rapporte l'observation, s'exprime de la façon suivante : « Il est à regretter qu'on n'ait pas porté ses investigations du côté des mœurs et des habitudes de cette femme dans son enfance. Peut-être aurait-on appris qu'elle avait contracté dans sa jeunesse des habitudes d'onanisme qui ont surexcité et développé les organes génitaux. Peut-être même la faiblesse de la constitution et le rachitisme ont-ils été la conséquence de cette vicieuse et funeste habitude ».

II.— **Causes produisant un travail morbide fluxionnaire direct ou indirect.**

C'est ainsi qu'agissent :

1. *La gravidité* dont nous avons parlé précédemment.

2. *La menstruation, l'excès de coït et les mauvaises habitudes.*

3. *Les déviations et les déplacements de l'utérus.* — Très connus pour ne pas avoir besoin d'y insister. Chez notre deuxième malade existait en même temps un prolapsus utérin total et, de plus, une déchirure périnéale complète, deux causes favorisantes par suite de la congestion et l'irritation qu'elles produisent du côté du col utérin.

4. *Les influences morales.* — Elles congestionnent l'utérus soit par l'aménorrhée secondaire, soit, au contraire, par les ménо ou métrorragies qu'elles peuvent occasionner.

5. *Le tempérament, la constitution, l'idiosyncrasie.* — Stoltz, continuant sa description que nous avons donné du col de nubiles et vierges, ajoute : « Telle est sa manière d'être ordinaire : beaucoup de variétés se font remarquer, qui sont individuelles ou dépendantes de l'âge, peut-être même de la constitution du sujet. »

De la même façon, s'exprime Cruveilhier dans son ouvrage, page 3 : « Dans l'appréciation de l'hypertrophie, il faut donc tenir grand compte du fait fondamental de l'inégalité de volume et de poids dans les mêmes organes observés chez les différents individus et aux divers âges de la vie. Chaque individu apporte, en naissant, une prédominance ou une tendance à la prédominance de tel ou tel organe, de tel ou tel système d'organes : ce sont ces différences originelles dans l'organisation qui établissent en partie ces grandes différences individuelles qu'on appelle tempérament, cons-

titution, idiosyncrasie, aptitude... Dans l'état physiologique, une loi de ballencement préside au développement régulier des organes, à leurs périodes d'accroissement, de prédominance, comme aussi, à leur période de décroissance absolue ou relative : tels le développement des corps de Wolf, du thymus, des organes génitaux, des mamelles. Quand les limites sont dépassées en plus, il y a hypertrophie ; quand les limites sont dépassées en moins, il y a atrophie. Ne soyons donc pas étonnés s'il existe des hypertrophies congénitales. »

Nous connaissons, actuellement, de quelle façon agissent ces causes que nous appelons, aujourd'hui, diathèses. Elles n'agissent pas du tout en produisant la métrite ou l'allongement hypertrophique labial du col, mais en mettant l'organisme dans un état d'infériorité et de moindre résistance, favorisant ainsi l'infection.

Telles sont les principales causes de l'allongement hypertrophique labial du col utérin. Mais celles qui jouent le rôle le plus important sont surtout la gravidité et l'accouchement comme remplissant toutes les conditions nécessaires à sa production.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de cette affection est simple et ressemble beaucoup, au point de vue symptômes fonctionnels, à ceux du prolapsus utérin et sur quelques points aux polypes de la matrice et à certaines autres tumeurs du museau de tanche. Elle diffère légèrement, suivant qu'il s'agit d'une évolution aiguë ou chronique de cette affection.

A. — Symptomes fonctionnels

Nous étudierons ces symptômes séparément dans la forme aiguë et dans la forme chronique.

I. — **Hypertrophie aiguë**

Cette hypertrophie, uni ou bilabiale, du col de l'utérus, est bien rare, et c'est pour cette raison que nous l'étudions en premier lieu, pour insister davantage sur la forme chronique de l'affection qui est la plus fréquente et la plus intéressante.

Cette forme aiguë peut s'observer parfois à la suite d'une métrite aigüe qui a provoqué une prolifération intense et rapide de tous les tissus constituant le col de

la matrice. D'autres fois, c'est après un accouchement le plus souvent laborieux, à la suite duquel une infection plus ou moins marquée a déterminé la subinvolution de la lèvre anormalement hypertrophiée pendant la gravité. Enfin, il est très exceptionnel qu'une chute d'un lieu élevé puisse avoir comme conséquence plus ou moins éloignée cet allongement hypertrophique des lèvres du col. Donc, inflammation aiguë du col utérin, accouchement surtout laborieux et rarement une chute, peuvent être les causes principales de cette affection, surtout pour la variété intra-vaginale ; quant à la variété extra-vaginale, elle doit être tellement rare qu'on peut même se demander si elle existe.

Il est facile par conséquent de penser que ces symptômes fonctionnels seront surtout fonction de la maladie causale, ce qui nous dispense de les mentionner comme étant très classiques.

II. — Hypertrophie chronique

Ses symptômes fonctionnels varient suivant que cet allongement labial est accompagné ou non de prolapsus de l'organe.

I. — Coexistence d'un prolapsus utérin

Tant que l'allongement hypertrophique uni ou bilatéral existe seul, ses symptômes sont absolument les mêmes que ceux que nous décrivons plus bas. Mais s'il y a un déplacement primitif ou secondaire de l'utérus, alors ils sont identiques à ceux du prolapsus plus ou moins avancé et sont surtout fonction de ce dernier. En

effet, la malade a une sensation de pesanteur au niveau de la vulve et de l'anus, des sensations de tiraillements lombaires avec irradiations au bas-ventre et parfois aux cuisses ; une constipation plus ou moins marquée ; de la pollakiurie avec ou non dysurie ; de la leucorrhée plus ou moins abondante ; des règles supprimées ou bien augmentées de durée et en abondance, etc., symptômes classiques sur lesquels il est inutile d'insister. Mais la présence de l'hypertrophie, suivant ses dimensions, augmente plus ou moins l'intensité de ces symptômes et fait croire aux malades qu'elles sont atteintes d'une chute plus accentuée de la matrice qu'en réalité.

Par conséquent, on peut dire que dans ce cas les symptômes de l'affection que nous étudions se confondent avec ceux du prolapsus coexistant. Il en était ainsi chez la malade qui fait l'objet de notre deuxième observation personnelle, de même chez celle de la V^e^ observation du mémoire de Huguier et chez la malade de Stolz, que nous publions.

II. — Hypertrophie sans coéxistence de prolapsus

Le début et les symptômes dans ce cas sont très variables et ils diffèrent parfois sensiblement de ceux du prolapsus utérin. Généralement, ce début est insidieux et les troubles fonctionnels, ou bien n'existent pas, ou bien, s'ils existent, sont peu marqués, de telle façon que la découverte est faite soit fortuitement, la malade ayant porté par hasard ses doigts vers ses organes génitaux internes, soit par suite du développement exagéré de l'hypertrophie arrivant jusqu'à la vulve ou l'ayant même dépassée.

Ces symptômes fonctionnels sont plus ou moins marqués, suivant le degré d'allongement de l'une ou des deux lèvres à la fois du col utérin. Pour bien les étudier, nous pensons qu'il serait plus intéressant d'étudier d'abord les symptômes communs aux deux variétés intra et extra-vaginale et ensuite ceux qui s'adressent spécialement à chacune de ces deux variétés.

A. — Symptomes communs aux deux variétés. — Ce sont :

1. *Leucorrhée plus ou moins abondante.* — La conséquence de l'hypertrophie de tout organe sécréteur est, en général, l'exagération de sa sécrétion. Le col utérin étant riche en glandes, il s'ensuit que leur sécrétion sera plus importante que d'habitude, d'où la leucorrhée plus ou moins abondante que présentent généralement les femmes qui sont atteintes de cette affection. Cette leucorrhée sera d'autant plus marquée encore qu'une infection secondaire viendra se surajouter à la première préexistante ou bien que celle-ci devienne plus intense. C'est ce qui arrive dans la forme extra-vaginale dans laquelle l'écoulement muqueux, catarrhal d'abord, peut devenir ensuite jaunâtre et parfois sanguinolent.

2. *Absence habituelle de trouble menstruel.* — En effet, l'allongement hypertrophique labial du col produit rarement à lui seul des troubles de la menstruation. Ce caractère de la tumeur constitue une raison de plus de l'insidiosité de la forme intra-vaginale.

3. *Coït douloureux.* — Le coït, dans beaucoup de cas, est douloureux. C'est ce coït, parfois si douloureux qu'il devient impossible, qui engage parfois la femme

à se soumettre à un examen génital à la suite duquel on découvre un allongement hypertrophique uni ou bilabial du col de l'utérus.

B. — Symptômes propres a l'allongement hypertrophique labial intra-vaginal. — Dans cette variété, les symptômes fonctionnels, lorsqu'ils existent, diffèrent beaucoup au point de vue intensité suivant le degré de l'allongement hypertrophique.

Habituellement ils sont peu marqués et consistent en :

1. *Légers tiraillements lombo-abdominaux*, avec ou non légères irradiations du côté des cuisses, du périnée, de l'anus. Il passe cependant généralement inaperçu par les malades, qui ne font pas grande attention à ces légers troubles, sauf s'il y a coexistence des troubles communs que nous venons de décrire ou si l'allongement hypertrophique apparaît momentanément à la vulve par suite de fatigue ou d'un effort, sans qu'il y ait prolapsus.

2. *L'absence, dans la grande majorité des cas, de troubles vésico-rectaux* qu'on observe dans le cas de chute de la matrice, sauf si l'allongement est compliqué d'une anté ou rétrodéviation utérine qui occasionnera une pollakiurie et surtout une dysurie plus ou moins marquée pouvant aller jusqu'à la rétention plus ou moins complète, d'autant plus facilement que le col (l'une ou les deux lèvres) se trouve hypertrophié.

3. *L'insidiosité.* — En effet, cet allongement hypertrophique passe généralement inaperçu et n'est découvert, dans la grande majorité des cas, que fortuitement ou bien à la suite de certains troubles que nous venons de mentionner.

C. Symptomes propres a l'allongement hypertrophique labial extra-vaginal. — On peut classer ces symptômes de la façon suivante :

1. *Symptômes de prolapsus utérin.* — Les malades porteuses d'un allongement hypertrophique labial du col se croient atteintes d'une descente de la matrice ; c'est généralement en croyant avoir affaire à cette dernière affection qu'elles vont consulter le médecin ou le spécialiste Il en était ainsi de notre première malade qui, lorsque nous l'interrogeâmes sur la raison de son entrée au service gynécologique, nous répondit qu'elle y rentrait pour une descente de matrice. En effet, les symptômes de cette variété d'allongement hypertrophique se confondent parfois beaucoup avec ceux du prolapsus ; les tiraillements lombo-abdominaux peuvent être les mêmes que dans cette dernière affection. Il en est de même de la gêne qu'éprouvent les malades à ce niveau.

2. *Troubles vésico-rectaux exceptionnels.* — Généralement, on n'observe pas de troubles du côté de la vessie et du rectum. Lorsqu'ils existent, ils sont rarement aussi marqués que dans la descente ou la chute de la matrice. Comme cette dernière, la tumeur produite par l'allongement hypertrophique labial est sujette à l'infection, avec toutes ses conséquences possibles.

3. *Troubles menstruels rares.* — Dans cette forme extra-vaginale d'allongement hypertrophique labial, on peut observer parfois certains troubles du côté des fonctions de l'utérus. C'est ainsi que la malade peut voir ses règles se supprimer pendant un certain temps plus ou moins long ou bien prendre le caractère méno ou

métrorragique. Mais on doit savoir que ces troubles de la menstruation sont rares, et lorsqu'ils existent on doit rechercher la cause parmi celles qui sont capables de la troubler.

Il faut s'assurer soi-même, si possible, lorsque la malade dit avoir eu un écoulement sanguin (tache de sang sur sa chemise ou une perte plus abandante) en dehors de ses périodes menstruelles. On pourra ainsi parfois se rendre compte que ces taches sanguinolentes ne proviennent que de l'ulcération de la tumeur, conséquence de son infection secondaire.

4. *Pas d'insidiosité.* — Si dans la forme intra-vaginale l'allongement hypertrophique labial a passé inaperçu, il n'en est plus ainsi lorsqu'il a fait son apparition au niveau de la vulve et encore moins au dehors de celle-ci.

Tels sont les principaux troubles fonctionnels que nous avons cru intéressant de signaler et que nous pouvons résumer ainsi :

a. Leucorrhée plus ou moins abondante.

b. Aucun trouble de la menstruation.

c. Coït parfois douloureux.

d. Symptômes plus ou moins marqués de prolapsus utérin.

B. — Symptomes physiques

Par la constatation simple de tous les symptômes fonctionnels, que nous venons de décrire, chez une malade, nous serions embarrassé de dire que nous avons affaire à un allongement hypertrophique labial,

parce qu'en somme il n'y a pas de symptôme fonctionnel spécifique à cette affection. Ce n'est que l'examen physique qui nous permettra de recueillir les signes absolument nécessaires pour poser un diagnostic ferme et précis. La première place dans cet examen est donnée au toucher vaginal.

Tandis que les symptômes fonctionnels sont dictés par la malade avec plus ou moins d'exagération, les signes physiques sont dictés par le doigt du médecin ou du spécialiste. Le doigt vaginal a la même importance que l'oreille du médecin, et comme pour ce dernier l'auscultation constitue, dans certains cas, la base de son examen, il en est de même pour le toucher, qui est le temps important et capital d'un examen gynécologique.

Les signes physiques étant à peu près les mêmes dans la forme aiguë et dans la forme chronique de l'affection, nous nous contenterons de décrire ceux qui se rapportent à cette dernière forme, la plus intéressante et la plus fréquente.

I. *Inspection*. — S'agit-il d'un allongement hypertrophique qui est arrivé à s'extérioriser ou qu'on met en évidence au moyen des valves ou du spéculum? L'inspection alors nous renseignera :

1. Sur le volume de la tumeur : celle-ci peut atteindre des dimensions très variables pouvant aller depuis l'allongement initial jusqu'à l'allongement extra-vaginal plus ou moins marqué. Ces dernières dimensions sont celles de la tumeur enlevée chez la malade qui fait l'objet de notre première observation personnelle ; en effet, cette tumeur mesurait en longueur 11 centimètres

environ (la portion intra-vaginale étant de 6 cm. et la portion extra-vaginale de 5 cm. environ). Sa largeur était de 4 cm. et son épaisseur de 2 cm. La figure 4 représente cet allongement hypertrophique d'après les dimensions et forme naturelles.

Le cas de Schœller paraît avoir une grande analogie avec le nôtre.

Au contraire, dans le deuxième cas personnel que nous citons, l'allongement hypertrophique était peu marqué relativement au premier et présentait une longueur de deux centimètres et une largeur de un centimètre et demi (voir fig. 3).

2. Sur la forme de l'allongement hypertrophique labial : cette forme est très variable et nous la décrivons dans un chapitre spécial.

3. Sur la coloration, qui peut être gris-rosée, rouge ou violacée. Dans la deuxième observation, de même que dans celle de Schœller, il s'agissait d'un allongement hypertrophique présentant cette dernière coloration.

4. Sur la nature dermo-papillaire de sa surface.

5. Sur la présence ou l'absence d'ulcérations sur elle.

Palpation. — Elle peut nous renseigner :

1. Sur la consistance de la tumeur. Celle-ci peut varier depuis celle d'un gros col métritique jusqu'à celle d'une figue assez ferme cependant.

2. Sur labsence de fluctuation. Surtout pour les cas d'allongement hypertrophique polypoïde.

3. Sur l'absence du godet d'œdème. Signe différentiel

important avec l'allongement œdémateux labial du col utérin.

4. Sur son caractère généralement indolore.

Percussion. — Nous la mentionnons pour être complet ; elle sera praticable dans la forme extra-vaginale de l'affection et nous montrera que cette tumeur est mate.

Toucher. — Le toucher nous fournira les renseignements les plus importants. Ils seront différents suivant qu'il s'agira d'une hypertrophie uni ou bilabiale.

Hypertrophie unilabiale. — Le doigt introduit dans le vagin, au lieu de trouver le col utérin avec sa forme normale classique de nullipare et surtout de primipare ou multipare, trouve au contraire, à un point plus ou moins éloigné de son trajet intra-vaginal, une tumeur plus ou moins volumineuse pouvant avoir des formes très variables : tantôt il s'agit d'une sorte de languette plus ou moins épaisse, mobile, comme flottante, et aplatie d'avant en arrière ; tantôt c'est une tumeur ayant la forme d'un polype à grosse extrémité inférieure et un pédicule supérieur. Dans certains cas, cette forme polypoïde peut être très aplatie suivant son petit diamètre ou plutôt dans le sens antéro-postérieur ; alors elle présente la forme d'un éventail et constitue une variété clinique spéciale.

La consistance est celle que nous avons déjà décrite.

La pression avec le doigt n'y provoque pas le godet d'œdème.

Le doigt vaginal allant ensuite à la recherche de la base de la tumeur, se rend compte qu'elle fait corps avec

l'une des lèvres du col utérin dont elle n'est que le prolongement.

Si c'est la lèvre antérieure qui est hypertrophiée, le doigt, en suivant la face postérieure de la tumeur, est arrêté, après un trajet intra-vaginal plus ou moins long, par l'orifice externe du col dont la moitié inférieure est constituée par l'autre lèvre, c'est-à-dire la postérieure ; celle-ci, légèrement hypertrophiée ou plus ou moins atrophiée, présente alors une forme semi-lunaire, en croissant. Cet orifice externe du col se trouve dans ce cas en arrière de l'allongement hypertrophique et *toujours au-dessus de son sommet*. L'étude de cet orifice est très importante au point de vue du diagnostic.

La base de l'hypertrophie constitue sa demi-circonférence antérieure, la lèvre postérieure formant sa demi-circonférence postérieure

Parfois, cette lèvre antérieure peut être le siége d'un allongement hypertrophique en tablier (voir formes cliniques) qui, par sa mobilité et sa mollesse, peut pendre comme un rideau au devant de l'orifice externe du col et de la lèvre normale, la postérieure, lorsque la malade se trouve dans le décubitus horizontal, de telle sorte que pour trouver l'orifice utérin il faut soulever avec le doigt vaginal la bandelette en question.

On a remarqué que la lèvre antérieure est celle qui est le plus souvent atteinte d'allongement hypertrophique, sans qu'on puisse en expliquer la raison. Est-ce parce que, d'après les recherches de Stoltz, congénitalement elle est plus hypertrophiée que la supérieure et présente une tendance particulière à son allongement, est-ce pour une autre raison, on ne saurait pas vrai-

ment le dire. D'ailleurs, cette prédominance de localisation à la lèvre antérieure ne s'observe pas seulement pour l'affection qui fait l'objet de notre travail, mais pour plusieurs autres lésions du col. Bouilly, dans son travail *sur les hypertrophies glandulaires localisées du col*, dit : « Je ne suis pas en mesure d'exposer la pathogénie de cette petite lésion, ni de dire pourquoi elle siège, dans l'immense majorité des cas, sur la lèvre antérieure seule, à l'exclusion de la postérieure. »

Huguier et les auteurs allemands que nous avons consultés sont d'accord sur cette prédominance de la lésion sur la lèvre antérieure.

Bequerel, contrairement à cette opinion, admet que c'est la lèvre postérieure qui est le plus fréquemment le siège de cet allongement hypertrophique.

D'après nos observations, nous croyons pouvoir nous rattacher à la plupart des auteurs et considérer comme plus fréquente cette localisation cette localisation à la lèvre antérieure, surtout lorsque l'allongement hypertrophique ne coexiste pas avec un prolapsus compliqué ou non de déchirure périnéale, deux causes favorisant sa localisation à la lèvre opposée, c'est-à-dire la lèvre postérieure. En effet, dans notre première observation, dans celles de Huguier, de Sloltz et de Schœller, il s'agit d'un allongement hypertrophique localisé à la lèvre antérieure du col.

Si, au contraire, c'est la lèvre postérieure qui est le siège de l'allongement hypertrophique, alors en suivant la face antérieure de la tumeur on arrive à un point où le doigt est de nouveau arrêté ; c'est encore l'orifice externe du col qui, cette fois-ci, se trouve en avant de la tumeur, *mais toujours au-dessus de son sommet*, et dont la demi-circonférence antérieure est formée par la

lèvre antérieure pouvant présenter la même forme que la lèvre postérieure dans le cas précédent.

En tout cas, que l'allongement siège à la lèvre antérieure ou postérieure, l'orifice utérin est généralement transversal et présente une forme ressemblant beaucoup à la gueule d'un four.

Le toucher nous renseignera encore sur la coexistence possible d'un certain degré de prolapsus utérin par la position du col et par la présence ou l'absence d'inversion du vagin.

Après cet examen minutieux de la tumeur et du vagin, on ne manquera pas de regarder le doigt qui a pratiqué le toucher. Ceci a une certaine importance pour le diagnostic différentiel avec les polypes utérins qui sont des néoplasies saignant facilement, par le simple toucher, tandis qu'il n'en est pas de même pour l'allongement hypertrophique uni ou bilabial du col, qui saigne d'une façon tout à fait exceptionnelle (existence d'ulcération à sa surface).

Allongement hypertrophique bilabial. — Dans ce cas, si l'allongement est égal, on sent les deux lèvres plus ou moins écartées, plus ou moins allongées, en forme de petites languettes plus ou moins amincies à leurs extrémités ; nous les avons comparées à *un bec de canard*, comparaison imitée de celle que Pozzi a fait pour le col utérin sur lequel on vient de pratiquer une stomatoplastie d'après son procédé personnel. Nous avons pu, en effet, nous rendre compte de l'exactitude de cette comparaison à la suite de cette dernière opération que M. le Professeur de Rouville pratiqua, il y a deux ans environ, à sa clinique privée.

Si les extrémités des deux lèvres sont amincies, mais légèrement inégales, on a alors un col taillé en biseau, en bec de flûte, correspondant à ce que Ricord appelait « col tapyroïde », comme ayant la forme du museau d'un tapir.

Le développement de chacune des deux lèvres est indépendant, de telle sorte que l'allongement hypertrophique de l'une peut se terminer en s'amincissant et celui de l'autre en grossissant, au contraire, de haut en bas, prenant la forme polypoïde dont nous avons déjà parlé.

Généralement, lorsqu'il y a allongement hypertrophique bilabial, on a remarqué que c'est encore la lèvre antérieure qui est, généralement, la plus développée.

Nous finissons ainsi avec la description des signes fournis par l'examen physique sur l'importance desquels il est inutile de revenir. En somme, ce n'est qu'après un interrogatoire méthodique d'abord, après un examen complet et attentif ensuite de l'appareil génital de la femme qu'on arrivera facilement, dans la majorité des cas, à faire le diagnostic de cette affection et à éviter ainsi toutes les erreurs possibles avec leurs conséquences, dont nous parlerons à propos du diagnostic différentiel.

FORMES CLINIQUES

La connaissance de ces formes cliniques est très importante, par suite de certaines facilités qu'elles peuvent rendre pour établir un diagnostic certain de l'affection.

Nous étudierons ces formes cliniques :

1° Suivant l'évolution de la maladie.

2° Suivant le nombre des lèvres atteintes.

3° Suivant la forme de l'allongement hypertrophique.

4° Suivant ses rapports avec la cavité vaginale et la vulve.

I. — Formes suivant l'évolution. — En parlant de la symptomatologie de cette affection, nous avons d'abord distingué deux formes : *une forme aiguë et une forme chronique*. Nous avons déjà dit que la forme chronique est celle qu'on observe le plus souvent. Si le volume de la tumeur est insuffisant pour la faire extérioriser, elle constitue une affection restant longtemps latente, des années et des années, pouvant même parfois passer complètement inaperçue.

On ne peut pas cependant en dire autant pour la majorité des cas où l'on a affaire à une forme aiguë. Comme nous le disions précédemment, cette forme aiguë est plus rare que la forme chronique. Elle peut s'observer à la suite d'une métrite intense, à la suite d'un accouchement surtout laborieux et rarement à la suite d'une chute d'un endroit plus ou moins élevé.

Huguier, en parlant des formes chroniques de l'allongement en masse du col, nous enseigne que « chez les femmes où il s'est développé pendant la grossesse, on comprend qu'il disparaisse spontanément après l'accouchement *à mesure que l'utérus reprend son volume normal.*» C'est en effet par cette subinvolution que nous avons aussi expliqué le mécanisme de ces allongements hypertrophiques labiaux aigus survenant après un accouchement.

II. — Formes suivant le nombre des lèvres atteintes. — S'il y a une lèvre seulement qui présente cet état pathologique, on dit qu'on a affaire à un allongement hypertrophique *unilabial* ; si ce sont les deux lèvres qui en sont le siège, on dit que l'allongemen hypertrophique est *bilabial*.

III. — Variétés d'allongement hypertrophique suivant sa forme. — Autrement importantes et intéressantes à connaître sont les formes sous lesquelles l'allongement hypertrophique labial peut se présenter en clinique.

L'auteur allemand Klotsch, dans ses *Etudes gynécologiques*, nous dit que « selon que la partie vaginale du col de l'utérus est atteinte d'hypertrophie dans toute son

étendue ou bien sur les deux lèvres, à savoir : soit sur toutes les deux, soit sur l'une seulement, soit encore sur l'une plus que sur l'autre — hypertrophie numérique — il en résulte des formes différentes, et c'est pourquoi on trouve aussi dans la littérature des attributs de comparaison très variés ».

Partant de là, nous décrirons des formes communes aux deux variétés uni ou bilabiale que nous venons de décrire et des formes ne se rapportant qu'à la deuxième variété, c'est-à-dire à l'allongement hypertrophique bilabial seulement.

A. *Formes communes aux deux variétés.* — On en distingue :

1. *L'allongement hypertrophique simple.* — Dans ce cas, il ne s'agit que d'un simple prolongement de la lèvre, avec tous les caractères de celle-ci, non pédiculée, présentant la même consistance et la même largeur et épaisseur que la lèvre qui lui a donné naissance.

Le deuxième cas personnel que nous publions peut constituer le type de cet allongement simple. Il en est de même de la figure que nous empruntons à la planche I du mémoire de Huguier et de celle de l'atlas de Dugès et Boivin. Les deux premiers cas diffèrent du troisième en ce qu'ils sont unilabiaux, tandis que le troisième est bilabial. On voit dans cette dernière figure que les deux lèvres ainsi hypertrophiées sont séparées entre elles latéralement.

2. *Allongement hypertrophique en tablier.* — Nous pouvons appeler ainsi l'allongement dont nous avons déja parlé au sujet de la symptomatologie et qui est

caractérisé par une hypertrophie plus ou moins marquée et de consistance assez molle pour qu'elle puisse se plier et tomber devant l'orifice utérin et même devant la lèvre postérieure normale, lorsque la malade se trouve dans le décubitus dorsal et que l'hypertrophie porte sur la lèvre antérieure. Les dimensions en largeur ne doivent pas dépasser ou bien elles dépassent à peine celles de la lèvre qui lui donne naissance, parce que, autrement, on aura affaire à une autre forme, la forme en éventail, que nous décrivons plus bas. De plus, cette hypertrophie doit être peu marquée en épaisseur, l'hypertrophie portant surtout en longueur.

Si cette lèvre hypertrophiée est de consistance assez molle pour qu'elle puisse se plier sur elle-même au niveau de son origine, alors l'existence d'un pédicule n'est pas indispensable. Dans le cas contraire, cette forme doit posséder un pédicule plus ou moins long et plus ou moins large, le plus souvent beaucoup moins large que la lèvre qui lui donne naissance.

Cette forme d'allongement hypertrophique peut exister aussi pour la lèvre postérieure avec tous les caractères que nous venons de décrire pour celui de la lèvre antérieure, mais alors on ne s'en rend compte cliniquement que lorsqu'on examine la malade dans la position genu pectorale.

3. *Allongement hypertrophique en éventail ou en forme d'aile.* — Cette variété a été décrite par Simons. Un cas a été mentionné aussi par Hoenig.

La tumeur, dans cette forme, est plus large à sa partie inférieure et va en s'élargissant d'autant plus qu'elle s'éloigne de l'orifice utérin. Elle est aplatie dans

le sens antéro-postérieur, pédiculée ou sessile et de longueur plus ou moins marquée,

4. *Allongement hypertrophique polypoïde.* — Sa forme est absolument semblable à celle d'un polype utérin dont il peut affecter les dimensions et beaucoup de ses symptômes, sauf le symptôme capital des polypes qui sont des néoplasies saignant facilement et souvent abondamment, cette abondance n'étant pas fréquemment en rapport direct avec le volume de cette néoplasie. Nous en parlons plus loin à propos du diagnostic différentiel entre ces deux affections pour ne pas avoir à nous en occuper ici.

Virchow décrit un allongement hypertrophique polypoïde labial en forme de trompe qu'il désigne aussi à cause de la participation folliculaire du nom d'hypertrophie folliculaire des lèvres de l'orifice externe de l'utérus.

L'allongement hypertrophique que présentait la malade qui fait l'objet de la première observation et auquel se rapportent les trois premières figures que nous présentons, peut en être le type. Dans ce cas, une inspection peu attentive aurait pu faire prendre la tumeur pour un vrai polype utérin. Il en était de même chez la malade de Schoeller.

Le pédicule de ces tumeurs est plus ou moins long et plus ou moins volumineux. Dans notre cas, le pédicule était long de six centimètres environ ; sa largeur à son origine était à peu près égale à celle de la lèvre qui lui donnait naissance, mais il allait en se rétrécissant insensiblement jusqu'à deux centimètres et demi environ de son origine, point à partir duquel il

allait, au contraire, en s'élargissant, se continuant sensiblement avec la tumeur polypoïde proprement dite. On peut se rendre bien compte de cette disposition d'après le dessin de grandeur naturelle que nous présentons (fig. 4).

B. *Formes d'allongements hypertrophiques bilabiaux.* — On peut décrire les formes suivantes :

1. *Col tapyroïde ou col en bec de flûte.* — La première dénomination est donnée par Ricord parce que le col est taillé obliquement et ressemble assez bien au groin d'un porc ou au museau d'un tapir. Cette forme, comme son nom le laisse supposer, est caractérisée par le développement inégal de deux lèvres du col de telle sorte qu'il serait taillé en biseau, soit aux dépens de la lèvre antérieure, soit aux dépens de la lèvre postérieure. Généralement, c'est aux dépens de la lèvre postérieure que ce biseau est taillé, la lèvre antérieure étant, dans la majorité des cas, plus développée que la postérieure, sauf s'il y a coexistence d'une rétrodéviation, auquel cas l'hypertrophie siège généralement du côté de la concavité.

La figure que nous empruntons à l'atlas de Dugès et Boivin représente bien cette forme en biseau, en bec de flûte. Contrairement à ce que nous venons de dire, le biseau est taillé non pas aux dépens de la lèvre postérieure mais aux dépens de la lèvre antérieure.

2. *Col en bec de canard.* — C'est la dénomination que nous donnons à ces cols dont les lèvres sont atteintes d'allongement hypertrophique égal et symétrique et allant plutôt en se retrécissant et en s'amincissant légèrement au fur et à mesure qu'on s'éloigne de leur origine.

Nous avons employé cette dénomination par suite de la ressemblance de ce col avec le col métritique sur lequel on vient de pratiquer la stomatoplastie de Pozzi.

IV. — Formes d'après les rapports avec la cavité vaginale. — On distingue deux formes :

Une forme *intra-vaginale* dans laquelle les dimensions de la tumeur ne sont pas suffisantes pour lui faire franchir la vulve, de telle sorte que la partie hypertrophiée se trouve en rapport constant avec la cavité vaginale.

Une forme *extra-vaginale* dans laquelle la tumeur a franchi la vulve et fait plus ou moins saillie au dehors.

Voilà les principales formes cliniques qu'on peut décrire dans cette affection, formes importantes à connaître en vue d'un bon diagnostic.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle)

Allongement hypertrophique polypoïde de la lèvre antérieure du col

Mme B., âgée de 32 ans, domiciliée à Montpézat, rentre au service du Professeur de Rouville le 19 juillet 1919 pour une descente de matrice (!) d'après le dire de la malade.

A. H. — Mère morte en couches ; père mort de maladie inconnue.

A. P. — Instauration menstruelle à l'âge de 16 ans ; règles régulières durant 3 jours et peu abondantes ; pas de leucorrhée ; pas de dysménorrhée. Bronchite chronique.

Elle s'est mariée à l'âge de 26 ans et a eu depuis quatre grossesses à terme suivies d'accouchements normaux. A la suite de ces accouchements, elle présenta une leucorrhée, d'ailleurs discrète, accompagnée de douleurs lombaires (métrite).

Début. — La malade s'est aperçue entre le troisième

et le quatrième accouchement que « quelque chose sortait par la vulve » lui occasionnant une gêne assez prononcée à ce niveau. Aucun trouble du côté de la menstruation qui présente toujours les mêmes caractères ; par conséquent, pas de ménorragies ni métrorragies. Les pertes blanches présentent la même abondance. Douleurs lombaires. Pas de douleur à la région hypogastrique : Aucun trouble de la miction ; bon appétit ; pas de constipation. En somme, nous avons là une symptomatologie de métrite chronique.

Examen. — A son entrée au service, l'examen de la malade nous donna les renseignements suivants ;

L'inspection, la malade étant dans le décubitus dorsal en position gynécologique, nous montre au niveau de la vulve une tumeur faisant saillie en dehors de 4 à 5 cm., à surface régulière, non ulcérée, sans orifice à son sommet ou ailleurs, de coloration gris-rosé et de forme polypoïde, ressemblant à une figue ou une massue très légèrement aplatie d'avant en arrière. Sa surface est recouverte par une muqueuse dermo-papillaire (fig. 1).

La palpation de la tumeur nous montre que sa consistance est molle et ressemble à une figue assez ferme ; elle écarte l'idée d'une tumeur dure, fibromateuse ou kystique. Elle est indolore et ne présente pas de godet à la pression.

En écartant les petites lèvres on s'aperçoit que cette tumeur vient du vagin et va en se rétrécissant au fur et à mesure qu'elle rentre dans celui-ci

Le toucher nous donne des renseignements très intéressants : Le doigt poursuivant la tumeur sent qu'elle se rétrécit de plus en plus à mesure qu'il pénètre plus profondément et qu'un pedicule large d'un centimètre et demi environ lui fait suite. En suivant la face postérieure ou inférieure de la tumeur et de son pédicule, on

arrive à un point où on est arrêté par un orifice qu'on reconnait être l'orifice externe du col limité en arrière par la lèvre postérieure et en avant par le pedicule de cette tumeur. Cet orifice est déchiré (par suite des accouchements antérieurs), le col se trouve à sa place normale. En suivant la face supérieure ou antérieure de cette même tumeur on arrive directement sur la face antérieure du col utérin.

Le pédicule de la tumeur n'est nullement encerclé par un anneau quelconque mais il se continue directement sans aucune inégalité avec la lèvre antérieure du col.

Le vagin n'est pas renversé et ses culs-de-sac sont absolument normaux.

De cet examen on conclut à un allongement hypertrophique unilabial polypoïde de la lèvre antérieure du col utérin et on décide l'intervention chirurgicale.

Celle-ci a eu lieu le 21 juillet 1919 sans anesthésie. — Ablation très simple, rapide et presque indolore de la tumeur au bistouri d'après le procédé Simon-Marckwald, c'est-à-dire amputation biconique sur la lèvre antérieure de telle sorte, qu'une fois réunies les deux lèvres de l'incision, la lèvre antérieure ait la même longueur que la lèvre postérieure du col. On termine par un tamponnement à l'eau oxygénée.

Examen macroscopique de la pièce. — C'est une tumeur ayant tous les caractères que nous lui avons décrit. Elle présente un pédicule long de 5 centimètres environ et aussi large à son origine que la lèvre qui lui donne naissance, allant en se retrécissant très légèrement jusqu'à un centimètre et demi de cette origine, point à partir duquel elle s'élargit pour former la tumeur proprement dite. Celle-ci a une épaisseur de 2 centimètres environ et une largeur de 4 centimètres.

Dans son ensemble, elle nous rappelle la forme d'une massue ou d'une figue, la première légèrement aplatie suivant son petit diamètre, la deuxième légèrement allongée suivant son grand diamètre (voir fig. 4).

Suites opératoires. — Excellentes.

La malade quitte le service gynécologique le 29 juillet 1919 en très bon état de santé.

Examen anatomo-pathologique de la pièce.

Se rapporter au chapitre d'anatomie pathologique.

Observation II (personnelle)

Prolapsus utérin total compliqué d'allongement hypertrophique simple de la lèvre postérieure du col

Mme A., âgée de 39 ans, entre le 11 mars 1920 à la clinique privée du Professeur de Rouville pour prolapsus utérin total compliqué de déchirure périnéale complète.

A. H. — Père bien portant ; mère morte à 61 ans cardiaque.

A. P. — Instauration menstruelle à 14 ans ; règles régulières mais tous les 15 jours, durent 8 jours, elles sont abondantes et sont la cause d'anémie. Dysménorrhée ovarienne et immédiatement après les règles. Pas de leucorrhée.

Bronchite à l'âge de trois ans ; grippe en 1918. Quatre grossesses : La première se termina par un avortement d'un mois et demi environ ; à la suite de cet

avortement des pertes hémorragiques obligent la malade à s'aliter.

La deuxième grossesse fut aussi suivie d'un avortement de deux mois avec suites post-abortives bonnes.

La troisième grossesse fut à terme, l'accouchement a été difficile ayant nécessité une application de forceps suivie de déchirure périnéale. L'enfant se porte bien.

Enfin, la quatrième grossesse à terme se termina par un accouchement normal ; l'enfant mourrut à l'âge de 4 ans par complications survenues au cours de la rougeole.

Début. — Depuis son dernier accouchement, il y a huit ans, la malade est bien réglée, tous les mois et non pas tous les quinze jours ; la durée des menstrues est la même, c'est-à-dire de huit jours. Elle présente en plus de pertes blanches assez abondantes depuis son premier avortement.

La malade s'apperçoit après son troisième accouchement que la matrice descend dans le vagin. Cette descente va en s'accentuant progressivement jusqu'à devenir totale et présente toute la symptomatologie classique que nous croyons inutile de décrire.

Examen. — La malade étant dans le décubitus dorsal, on constate *à l'inspection* une déchirure complète du périnée donnant à la vulve une béance suffisante pour percevoir à travers elle le col utérin. L'orifice externe de ce col est largement ouvert et déchiré. Mais ce qui nous frappe c'est que les deux lèvres de col n'ont pas du tout la même longueur et que la lèvre postérieure est plus longue que la lèvre antérieure d'environ 2 cm. Sa coloration n'est pas la même que celle du col lui-même, mais elle est plus congestionnée, violacée, tranchant nettement sur le reste de la lèvre à laquelle elle est annexée. Pas d'ulcération à sa surface.

A la palpation, l'allongement hypertrophique est indolore et présente la même consistance que le reste du col utérin. On se rend bien compte qu'elle fait directement suite à la lèvre postérieure. Elle a une longueur de 2 centimètres environ et une largeur de 1 centimètre, 5 ; son épaisseur est à peu près de 5 millimètres. L'utérus sort complètement hors de la vulve par les efforts qu'on ordonne à la malade de faire.

On comprend bien que le toucher vaginal dans ce cas est inutile en ce qui concerne l'allongement labial.

Il s'agit, par conséquent, d'un prolapsus utérin total compliqué d'allongement hypertrophique simple de la lèvre postérieure du col.

La figure 3 représente nettement la lésion dans ses dimensions naturelles.

Intervention le 15 mai 1920 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. — Opération de Bouilly suivie de colpo-périnéorraphie avec sutures de releveurs de l'anus. Sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires. — Parfaites.

La malade quitte la clinique quinze jours après en très bon état de santé.

Examen anatomo-pathologique de la pièce. — Se rapporter au chapitre d'anatomie pathogique, p. 84.

Réflexions. — Ce cas est intéressant à certains points de vue :

1° Au point de vue étiologique. Il rassemble à lui seul toutes les principales causes que nous avons décrites au chapitre spécial (infection, hypernutrition, etc).

2° Au point de vue symptomatologique. En effet, ses symptômes fonctionnels étaient dominés par ceux du prolapsus utérin qui constituait l'affection la plus importante.

3° Au point de vue de sa localisation. L'allongement simple est localisé au niveau de la lèvre postérieure, ce qui paraît être plus fréquent pour les prolapsus étant donné l'irritation que subit cette lèvre sur le vagin postérieur au fur et à mesure que l'utérus descend dans celui-ci.

Observation III

(Obs. V, p. 34, du mémoire de Huguier)

Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et particulièrement de la lèvre antérieure qui fait saillie hors de la vulve. Résection du col... Guérison.

La nommée Del... Pic... Alb. âgée de 43 ans, couturière, vient me consulter, le 17 novembre 1850, pour une descente de la matrice (disait-elle) dont elle était atteinte depuis longtemps. Cette femme qui est grande, bien constituée, d'un tempérament nerveux et lymphatique, fut réglée à quatorze ans. Les menstrues venaient régulièrement, en avance et abondamment ; elles duraient 8 jours. Mariée à 22 ans, elle rapporte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 39 ans ; que cependant, dès sa jeunesse, elle avait constamment éprouvé, vers la partie, un sentiment de poids lorsqu'elle faisait un faux pas ou était dans une voiture dure. Lorsqu'elle s'asseyait, elle éprouvait la sensation d'un ballon qui lui remontait vers le ventre. Elle a constamment souffert dans les rapports sexuels. Elle a eu son premier enfant après dix mois de mariage. L'accouchement fut long et difficile ; l'enfant, dit-elle, est resté sept heures au passage sans pouvoir sortir. Pendant tout ce temps on voyait la tête de l'enfant saillante au dehors en pain de

sucre. Après cet accouchement, le sentiment de poids devint plus considérable.

Cinq ans après, à vingt-huit ans, nouvelle grossesse ; écoulement blanc jaunâtre très abondant, très irritant, ayant une odeur forte et désagréable ; les lèvres de la partie étaient enflammées et brûlantes ; la partie supérieure des cuisses étaient même irritée. Elle attribue cet écoulement et l'inflammation de la vulve à une blénnorhagie que son mari aurait contractée au dehors pendant sa grossesse. Le second accouchement fut prompt et facile ; la pesanteur qu'elle éprouvait vers la partie n'en fut pas accrue ; elle eût été plutôt moindre.

A trente-neuf ans, violente inflammation de la matrice et de l'ovaire gauche ; fièvre intense, douleurs très vives derrière le pubis, dans tout le ventre, mais surtout à gauche ; douleur et pesanteur vers la partie gauche de l'entrée du vagin.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement émollient et antiphlogistique, ces accidents aigus se calmèrent et ils furent remplacés par les accidents suivants, qui étaient ceux qu'éprouvait la malade quand elle vint me consulter : flueurs blanches comme du lait dont elles ont la consistance assez abondantes pour tomber à terre lorsque la malade se met debout ; d'autres fois, elles sont épaisses, jaunâtres et filantes comme du blanc d'œuf. Il y a donc, chez elle, deux espèces d'écoulement, l'un vaginal et l'autre, le second, venant du col utérin. Douleurs à l'entrée de la vulve et surtout à gauche ; douleurs dans les lombes et à la partie antérieure des cuisses dans toute leur longueur. Il existe des souffrances dans les rapports sexuels au point de les rendre presque impossible, d'où désaccord entre elle et son mari, tristesse et chagrin habituels et nécessité de redoubler de travail pour satisfaire aux besoins de la maison.

Les règles sont encore devenues plus abondantes et se prolongent sous forme de pertes, d'où amaigrissement et affaiblissement. Les fonctions de la vessie ne sont pas troublés ; la miction est devenue seulement un peu plus fréquente.

Il n'en est pas de même des fonctions du rectum. La malade ressent presque constamment une pesanteur sur l'anus ; elle éprouve de grandes difficultés pour expulser les matières fécales ; elle est obligée, pour faciliter la sortie des matières, de prendre une position particulière, de se renverser fortement en arrière, de se mettre dans une position presque horizontale. Si elle prend la position de la défécation, c'est-à-dire si elle s'accroupit et se penche en avant, l'évacuation devient très difficile et même impossible.

Lorsque la malade reste debout, marche, fait des efforts, il vient se présenter dans l'ouverture de la partie un corps dur légèrement saillant qu'elle repousse facilement dans l'intérieur en pesant dessus. L'examen des organes, après une demie-heure de marche, permet de constater l'état suivant : grandes lèvres très développées, tuméfiées, rouges et sensibles à leur surface interne. On voit sortir de la vulve une languette épaisse, charnue, résistante, lisse, polie et luisante, aplatie d'avant en arrière. Elle a 3 1/2 centimètres de long ; elle est large de 3 centimètres à sa base et de 2 à son sommet, qui descend un peu plus bas à gauche qu'à droite. Ce sommet ne présente aucune ouverture (voir notre fig. 5), il forme une espèce de bourrelet arrondi d'avant en arrière. Quelques plis de la paroi antérieure du vagin relâchée recouvrent en avant la base de cette languette.

Lorsque l'on presse sur cette tumeur, on la fait rentrer dans l'intérieur du vagin jusqu'à 3 centimètres de l'ouverture vulvaire de ce conduit ; il est impossible de la faire remonter plus haut.

Le doigt porté dans le vagin, en suivant la tumeur de son sommet à sa base, remonte jusqu'à la hauteur ordinaire de ce conduit. Il reconnaît que cette base se continue avec les culs-de-sac utéro-vaginaux sans bourrelet ni interruption et que la partie de la tumeur qui est saillante à la vulve n'est autre chose que l'extrémité libre de la portion sous-vaginale du col de l'utérus allongée. En explorant toute la surface de ce cône auquel le vagin sert de gaîne, on observe que sa face antérieure présente un plan uniforme, régulièrement allongé ; que sa face postérieure, au contraire, présente vers le tiers supérieur de sa hauteur, une ouverture semi-lunaire et transversalle dans laquelle l'extrémité du doigt peut s'engager. En arrière, cette ouverture est limitée par un bord tranchant à concavité inférieure ; en avant, par la face postérieure de la base de la languette qui faisait saillie hors de la vulve, sur les côtés, par les deux prolongements, sorte de piliers ou de colonnes, qui partent de la face postérieure et des côtés de la base de la languette pour aller se perdre insensiblement sur la face postérieure de la base du cône. Au sommet de la colonne droite, on sent un renflement pisiforme, ferme et résistant (probablement un petit kyste folliculaire).

Tout le pourtour de cette ouverture, qui n'est autre que celle de la matrice, est souple, doux et comme villeux au toucher. L'hystéromètre introduit par elle dans la cavité cervico-utérine pénètre à 8 1/2 centimètres de profondeur.

La totalité de la longueur du col ainsi hypertrophié, mesurée de sa base à son sommet, est de 7 1/2 centimètres. Sur ces 7 1/2 centimètres, la lèvre antérieure, à elle seule, entre pour 5 cm, ce dont il est facile de s'assurer en examinant la tumeur par sa face postérieure.

L'application du spéculum fit confirmer tout ce que mon doigt avait senti.

Après avoir reconnu et constaté qu'il s'agissait ici d'un allongement simple du col accompagné d'un léger degré d'abaissement de l'utérus et non d'une descente de cet organe, et sachant par expérience que tout traitement médical est inutile dans ce cas d'allongement considérable, je n'hésitai pas un instant, en raison des accidents que cette affection déterminait, à proposer à la malade d'enlever la portion hypertrophiée. Cette opération fut aussitôt acceptée que proposée et je la pratiquai, le 28 novembre 1850, en présence de MM. le docteur Chambert, directeur de l'asile des Aliénés de Pau et Foy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, qui m'avait adressé la malade.

Cette opération n'offrit rien de particulier; elle fut prompte et aussi simple que possible. En arrière, j'incisai presque immédiatement au-dessous de l'insertion du vagin; en avant, j'enlevai, avec la tumeur, un pli que la muqueuse vaginale formait vers la base du col. Deux heures après, environ, elle eut une hémorragie pour laquelle je fus appelé. L'élévation du bassin, une injection d'eau froide, un tamponnement de l'ouverture vulvaire avec de la charpie trempée dans de la poudre colophane, suffisent pour l'arrêter. La malade n'éprouva aucun autre accident, soit primitif, soit consécutif.

Vingt jours après, elle était entièrement guérie, non seulement des suites de son opération, mais des incommodités et accidents qu'elle éprouvait. Plus de flueurs blanches, plus de pertes sanguines, plus de poids, plus de pesanteur ni de tumeur dans l'ouverture vulvaire, plus de difficultés pour aller à la garde robe. La défécation peut s'accomplir dans la position ordinaire; les règles sont revenues au bout de deux mois et ont

continué jusqu'à ce jour sans être trop abondantes (juillet 1858).

Examen de la portion enlevée (notre fig. 5). — Elle a a une longueur de 7 cm. En avant, elle ne présente rien de remarquable ; aussi n'est-elle représentée que par sa face postérieure. A l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, on observe l'ouverture transversale et semi-lunaire de la cavité du col, et ce qu'il y a de plus particulièrement remarquable, c'est que, par suite du développement hypertrophique et de l'élongation de la lèvre antérieure, la partie inférieure de la cavité du col a été entraînée au dehors dans l'étendue de 2 cm. Toute cette partie est d'un rouge vif, villeuse, couverte d'un épithélium très mince ; elle présente les plicatures de l'arbre de la vie et dans les sillons qui séparent ces plis, les follicules muqueux de Naboth et les ouvertures de ces follicules, eux-mêmes hypertrophiés et remplis d'un mucus clair et transparent. On dirait qu'un poids assez considérable a été accroché au bord libre de la lèvre antérieure et l'a entraînée en bas en attirant au dehors la surface interne de l'organe. La face interne de la lèvre postérieure a été elle-même attirée au dehors par les deux colonnes latérales et postérieures de la lèvre antérieure et l'excès de nutrition.

La petite tumeur pisiforme que l'on sentait par le toucher au sommet de la colonne droite est un follicule muqueux rempli d'un mucus épais et filant. Les artères et les veines sont plus développées qu'à l'état normal. En disséquant la tumeur, j'ai trouvé dans son épaisseur, surtout vers ses parties latérales, trois artères ayant plus de 1 mm. de diamètre. Le reste du tissu avait conservé tous ses caractères normaux.

« Lorsqu'on jette un coup d'œil rétrospectif, dit l'auteur,

sur les troubles fonctionnels et les accidents qu'a éprouvé cette malade, ont voit que son affection a dû commencer à se développer de bonne heure et presque spontanément, sans cause bien évidente et que son premier accouchement laborieux n'a été que l'occasion d'un accroissement plus rapide de la maladie ; que le second accouchement n'a pas aggravé la position de la malade (il en a été de même chez la malade qui fait le sujet de la première observation) ; et que c'est surtout après une violente inflammation des organes génitaux que l'allongement s'est accru en très peu de temps, au point de venir faire saillie au dehors. On voit aussi que, si l'allongement était accompagné d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, la plupart des accidents et l'abaissement lui-même étaient dus à l'allongement; car ils disparurent immédiatement après l'opération qui rendit à l'organe sa longueur et son poids habituels. »

Observation IV

(*Obs. VI du mémoire de Huguier, p. 37*)

Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et des deux lèvres du museau de tanche. Ablation de cette partie. Guérison. (Recueillie par M. Bonnemaison, interne)

Le 27 mai 1858, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Ste-Clotilde, n° 3. une femme nommée Jonet (Marie), âgée de vingt-huit ans, née en Angleterre, demeurant rue Marcadet, 11, à Montmartre, n'exerçant aucune profession, ne s'occupant que de sa maison et de son enfant.

Accouchée il y a neuf mois.

Chez cette malade, les menstrues se sont montrées pour la première fois à l'âge de dix-sept ans seulement. Elles furent toujours précédées de flueurs blanches assez abondantes, de céphalalgie hémicrânienne durant un ou deux jours, de faiblesse et de gonflement dans les jambes. Ses règles coulaient six jours avec une intensité modérée, et après leur disparition, les flueurs blanches muqueuses se montraient de nouveau avec une intensité qui allait en décroissant jusqu'à une vouvelle période menstruelle, où elles commençaient à se montrer abondantes.

Cette malade, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, a joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'époque de son mariage, qui a eu lieu en octobre 1856. Dix mois après elle accouche d'un enfant bien portant. L'accouchement a été très douloureux, mais il s'est fait sans l'intervention d'aucune manœuvre spéciale ; les suites de couches ont été normales : la malade est restée onze jours au lit.

Trois jours après son accouchement, en allant à la selle, elle s'aperçut, dit-elle, que la matrice s'abaissait : elle avait la sensation d'un corps pesant tendant à sortir lorsqu'elle se mettait debout, et tendant à rentrer lorsqu'elle s'asseyait. Pas de douleurs, pas d'hémorragies.

Depuis l'accouchement, les règles sont restées supprimées pendant quatre mois ; il y a des flueurs blanches très abondantes et une constipation opiniâtre. Depuis leur réapparition, les règles sont plus abondantes qu'avant la grossesse : elles durent huit jours.

La malade, qui est adressée à M. Huguier par M. le docteur Contour, entre dans le service, parce qu'elle éprouve des pesanteurs et des douleurs, légères par intervalles, irrégulières et sans cause connue. Quand elle s'assied, il lui semble que quelque chose lui

remonte vers le ventre. Elle ne peut soulever et porter son enfant sans éprouver des douleurs dans la partie et dans les reins. Toutes les autres fonctions utérines et générales s'exécutent bien et sans aucune douleur.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, à peine est-il arrivé à une profondeur de 5 cm., qu'il rencontre deux languettes flottantes, mobiles sur leur base qui repose sur une partie solide et cylindrique. C'est le museau de tanche qui s'est hypertrophié, ainsi que les deux lèvres qui sont allongées et effilées. Le tout est d'ailleurs parfaitement resté dans l'axe du vagin, ce qui explique pourquoi la miction et la défécation ne sont pas troublées.

La languette, ou lèvre antérieure du col, est plus longue que la postérieure ; elle est molle, très mobile, lisse et unie en avant ; en arrière, au contraire, elle est rugueuse et granuleuse. Ces rugosités sont plus nombreuses à sa base, vers l'orifice utérin. Dans ce point, elle offre au doigt la sensation d'un drap grenu. Elle a environ 3 cm. de long sur 2 1/2 de large à sa base, où elle se continue avec la portion sous-vaginale du col, elle-même allongée de près de 2 centimètres.

La languette ou lèvre postérieure du museau de tanche, est un peu moins allongée en bas que sa congénère ; mais la portion du col qui la supporte se prolonge davantage en haut et en arrière, d'où il suit que le cul-de-sac vaginal postérieur est très profond. Sa face antérieure, qui avoisine l'orifice de l'utérus, est aussi rugueuse ; sa face postérieure, qui est en contact avec la paroi postérieure du vagin, est lisse et polie. Quant à sa forme, ses dimensions et sa consistance, elle ne diffère pas de la languette antérieure.

L'examen au spéculum ne montre rien de particulier que le toucher ait fait connaître. La tumeur, dans son

ensemble, a la forme d'une mître d'évêque renversée.

La muqueuse qui tapisse la tumeur à l'extérieur est unie et d'un aspect normal. Au-dedans, c'est-à-dire sur les surfaces contigües des languettes et vers l'orifice utérin, elle est d'un rouge vif et offre les saillies granuleuses et folliculaires que le doigt avait constatées.

En soulevant avec l'extrémité de l'hystéromètre la languette antérieure, on découvre l'ouverture du col de l'utérus. Les parties qui l'entourent sont d'un rouge très intense, dépourvues d'épiderme et comme veloutées. L'hystéromètre porté dans cette ouverture pénètre facilement dans la cavité de la matrice dont l'étendue, la situation et la direction sont normales.

Prescription : un bain, injections vaginales émollientes, trois portions d'aliments. Pour arrêter les progrès ultérieurs de cette affection qui déjà, en un temps trés court, avait pris un développement assez considérable, et pour débarrasser de suite la malade qui se montre très impatiente et désire rentrer le plus promptement possible chez elle et auprès de son enfant, MM. Huguier et Contour décident que la résection du col sera pratiquée sans essayer préalablement les cautérisations qui eussent exigé beaucoup de temps et peut-être n'eussent pas réussi.

Le 26 mai, neuf jours après l'entrée de la malade, M. Huguier, en présence de M. le docteur Contour, pratique la résection de la portion sous-vaginale du col.

L'opération est prompte, très peu douloureuse : la malade ne profère aucune plainte. Il s'écoule très peu de sang, à peine un verre. Une boulette de charpie, munie d'un long fil et imbibée de perchlorure de fer, est placée avec de longues pinces sur la plaie du col. Trois autres boulettes sèches sont ensuite introduites par dessus la première pour la maintenir en contact

avec la plaie. Aucun écoulement de sang et aucun accident ne se manifestèrent (Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger; frictions sur les jambes et les cuisses avec de l'huile de croton tiglium comme révulsif préventif : deux bouillons).

Le soir, pas de douleur, pas de fièvre; la malade se plaint seulement d'un léger mal de tête (bain de jambes sinapisé).

Examen de la partie enlevée. — A l'extérieur, c'est-à-dire sur toute la surface qui était en contact avec la face interne du vagin, tant sur la base du col que sur les languettes, l'aspect du tissu est lisse et normal; mais sur la surface interne ou contigüe des languettes, dans les deux tiers inférieurs de leur longueur, la muqueuse, bien que saine, quant à la couleur, l'épaisseur et la consistance, est soulevée par quatre ou cinq (pour chaque languette) petites granulations, du volume d'un grain de millet et remplies d'un liquide opaque et visqueux. Dans le tiers supérieur de cette même surface et sur la partie qui avoisine l'orifice utérin, dans l'étendue de près d'un centimètre, la membrane muqueuse est rouge, hérissée de petites villosités hémisphériques et creusée de lacunes comme la muqueuse des amygdales, seulement elles sont plus petites. En aucun point de cette partie, la muqueuse ne présente d'ulcération; il n'y a que l'épiderme qui soit enlevé. Quant au tissu profond du col, il est tout à fait sain.

Le 27, la malade continue à bien aller. Pas d'hémorragies, pas de douleur, pas de fièvre. Les boulettes de charpie sont tombées. Les papules produites par l'huile de croton sont nombreuses et très développées; c'est la seule chose dont se plaigne un peu la malade.

Le 28, même état; aucune souffrance, pas le moindre accident; deux portions d'aliments.

Le 11 juin, la malade sort parfaitement guérie.

Le 21 juin, elle vint, comme nous lui avions recommandé, à la consultation de l'hôpital pour faire constater son état. Elle est tout à fait bien portante et ne souffre en aucune façon, bien qu'elle soit venue à pied et portant son enfant dans ses bras depuis Montmartre. Le col fait de petites saillies inégales et nullement douloureuses au fond du vagin.

Chez cette femme, dit Huguier, il semblerait que la maladie ait commencé à se développer pendant la grossesse, sous l'influence de la congestion sanguine dont l'utérus a été le siège, car elle s'en aperçut trois jours après son accouchement. Les quatre mois qui suivirent et pendant lesquels les règles ne reparurent pas, virent le mal s'accroître d'une manière très sensible. Ce fut surtout après ce temps que des troubles se manifestèrent du côté de l'appareil sexuel. Elle rentrerait dans la catégorie des femmes dont Leroux (de Dijon) dit : Dans certaines femmes, il n'y a que la lèvre antérieure de l'os tinéaé qui se prolonge ; dans d'autres, c'est le col entier.

Observation V

(*Observation de Stoltz*)

Hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin

Le 28 septembre 1864, dit Stoltz, je reçus un télégramme de M..., par lequel Mme H..., me fit savoir qu'elle viendrait me consulter le 1er octobre.

Je la vis effectivement entrer chez moi à l'heure de

mes consultations. Elle était accompagnée de son mari.

Mad. H... est petite, trapue, joufflue, grasse et ne paraissant nullement malade. Elle me raconta qu'elle était accouchée de son troisième enfant il y a environ 6 mois, qu'elle ne l'avait pas allaité, s'était remise promptement, mais que depuis quelque temps elle avait une incommodité qu'elle croyait être une descente de matrice.

La menstruation était exactement rétablie, revenant un peu en avance et était très abondante. Il existe aussi un peu d'écoulement blanc par le vagin ; cet écoulement était quelquefois teint de sang. Quand elle est assise elle éprouve un malaise aux parties et quand elle est, pendant quelque temps, debout, elle sent un corps étranger comme un bouchon entre les lèvres de la vulve.

Je l'examinai d'abord debout et trouvai effectivement un abaissement prononcé de la matrice, mais en même temps un corps étranger comme suspendu au museau de tanche un peu à droite. Au spéculum, je reconnus que le corps étranger, qu'on aurait pu prendre pour un polype, n'était autre chose que la lèvre antérieure du col, allongée en feuille de myrte ou en fer de lance. La lèvre postérieure était plutôt raccourcie qu'allongée.

Après avoir expliqué aux époux l'état des choses, je leur dit qu'il n'y avait qu'un moyen pour faire disparaître ce corps gênant, l'amputation.

Non seulement on y consentit, mais Mad. H.., aurait voulu que j'y procédasse de suite dans mon cabinet. Me rappelant que ces ablations peuvent être suivies d'hémorragies inquiétantes, je conseillai à la consultante d'aller occuper une chambre dans une maison de santé ou dans un hôtel, sous prétexte que je n'avais pas les instruments nécessaires.

On se rendit à l'hôtel de X... et aussitôt installé, on me le fit savoir. A 5 heures du soir j'y étais arrivé muni

de tout ce qui était nécessaire à l'exception d'hémostatiques puissants, comptant sur l'efficacité des injections froides et du tamponnement. N'ayant d'autre aide que le mari, j'arrangai un lit de la manière ordinaire, vis-à vis d'une croisée, j'y fis placer la patiente en travers, les pieds sur les chaises. J'introduisis le spéculum dans le vagin pour examiner une dernière fois, puis je saisis la lèvre hypertrophiée et allongée avec la pince érigne de Museux et l'attirai au dehors. Avec des ciseaux forts je divisai la base en trois traits.

Le sang coula bientôt en assez grande quantité pour exiger l'usage d'un hémostatique. L'éponge, que j'introduisis dans le vagin et maintins sur la plaie, ne suffit pas. J'appliquai le spéculum et vis nettement le sang sourdre du milieu de la plaie, sous forme de jet saccadé, artériel. Je fis chauffer un cautère que j'avais eu la précaution d'apporter et le portai à différentes reprises sur le point d'où je voyais jaillir le sang. Loin d'arrêter la perte, on aurait pu croire qu'elle était activée. A chaque instant le vagin était rempli de caillots et dès qu'ils étaient retirés, il venait du sang en nappe. Je tamponnai alors avec de la charpie sèche, mais en moins d'une minute le tampon était traversé, puis le tampon provoquait des douleurs, des soulèvements du diaphragme et était expulsé.

L'opérée étant forte et sanguine supportait cette perte sans s'en sentir beaucoup affaiblie, le poul était devenu très petit, mais la connaissance restait.

Un instant, cependant, elle pâlit, ferma les yeux, laissa tomber les bras et ne répondit que par des monosyllabes. J'envoyai à la pharmacie chercher du perchlorure de fer. Pendant le temps qui s'écoulait, j'eus beaucoup de peine à maintenir la respiration et à entretenir la circulation par des frictions, des excitations, l'eau

froide jetée au visage, la position horizontale, la compression au moyen du tampon.

Enfin, le perchlorure de fer arriva ; je débarassai le vagin et y poussait des tampons de charpie dont les premiers étaient imbibés de perchlorure de fer pur. Cette fois, l'hémorragie s'arrêta, grâce peut être à la syncope dont on a eu beaucoup de peine à faire revenir l'opérée. Celle-ci se remit tellement vite néanmoins, qu'elle put se remettre en chemin de fer le surlendemain et faire 80 kilomètres sans accident.

C'est, naturellement, la première partie de cette observation de Stoltz qui nous intéresse particulièrement et non pas sa deuxième partie concernant les difficultés et accidents opératoires.

Observation VI

(*Observation de Schoeller, traduite*)

Hypertrophie énorme de la lèvre antérieure de l'orifice externe du col

L'affection avait été considérée d'abord comme un prolapsus de la matrice. A la clinique où se trouvait la malade on posa le diagnostic de polype utérin et d'inversion utérine.

L'examen fait constater une grossesse au 7e mois ; les mouvements fœtaux sont très nets ; il en est de même des bruits cardiaques et du souffle utérin. L'utérus a sa hauteur normale. Dans la cavité vaginale on trouve une tumeur pédiculée partant de la lèvre anté-

rieure de l'orifice externe du col, de 6 à 7 pouces de longueur et d'un pouce d'épaisseur, parcourant toute la cavité vaginale et sortant hors de la vulve, point où elle grossit.

La tumeur est molle comme de la chair et d'une couleur rouge violacée. Lorsque la femme se trouve dans la station debout, elle est brune et très gonflée ; par endroits elle est rose et gangrenée.

Dans la partie gauche du vagin, les glandes sont très gonflées. Schoeller croyait qu'il s'agissait d'un polype du vagin et refusa d'intervenir pendant la grossesse.

Le médecin de la femme résolut, malgré l'avis de Schoeller d'exciser avec le bistouri la partie extra-vulgaire de la tumeur qui gênait beaucoup la malade.

Pendant l'opération, qui fut d'ailleurs simple, on était gêné par une hémorragie artérielle provenant de 8-10 vaisseaux, malgré les ligatures doubles qu'on avait pratiqué.

Deux heures après survenait un accès de chaleur, de sueur et une température élevée.

Au bout de 24 heures naissait un enfant d'un peu plus de 6 mois, sous l'influence des contractions utérines peu intenses, qui d'ailleurs mourrut bientôt.

Les couches ont été normales.

Schoeller dit encore que pendant l'opération il s'est rendu compte que la tumeur n'était pas un polype mais un allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col. Ceci fut confirmé par l'examen anatomo-pathogique de la pièce.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous nous occuperons de l'anatomie pathologique de notre affection, non pas au point de vue macroscopique (on n'a qu'à s'adresser aux formes cliniques que nous avons décrites pour avoir les renseignements principaux à ce sujet) mais seulement au point de vue miscroscopique.

Comme nous l'avons déjà dit, à propos de la pathogénie, on distingue des hypertrophies non inflammatoires et des hypertrophies inflammatoires. C'est à ces dernières qu'appartient le plus souvent l'hypertrophie que nous étudions, qui est la conséquence d'une inflammation le plus souvent chronique, c'est-à-dire d'une métrite cervicale chronique. Il s'en suit que les lésions inflammatoires doivent ressembler plus ou moins aux lésions de la métrite cervicale chronique dont l'allongement hypertrophique n'est qu'une de ses nombreuses formes, sous lesquelles elle peut se présenter en clinique. Forgue et Massabuau, dans leur traité de Gynécologie, s'expriment de la façon suivante sur la métrite du col : « L'augmentation de volume porte uniquement sur le col. Sa

forme est variable : tantôt l'hypertrophie est régulière et le col est simplement plus gros qu'à l'état normal ; quelquefois le col est surtout hypertrophié et élargi à son extrémité inférieure, on a pu le comparer à un museau de tapir, à un champignon ou à un bouchon de liège sorti d'une bouteille de champagne. »

Par conséquent, l'allongement hypertrophique labial du col est une affection caractérisée par des lésions nettement inflammatoires, d'autant plus marquées qu'elle est plus récente et inversement d'autant plus discrètes qu'elle est plus ancienne. L'examen anatomo-pathologique de deux cas personnels nous a révélé des foyers inflammatoires très nets mais discrets à cause du caractère chronique de l'affection.

Nous croyons utile d'exposer, avant de nous occuper de notre sujet proprement dit, les opinions émises par certains auteurs, d'abord sur l'allongement hypertrophique en masse du col, ensuite sur l'allongement hypertrophique labial. Nous pourrons ainsi comparer ces lésions, d'une part, entre elles, d'autre part, avec nos résultats anatomo-pathologiques.

I. — Anatomie pathologique de l'allongement hypertrophique en masse du col

A ce sujet, Huguier dit que la partie hypertrophiée du col a conservé habituellement son épithélium, sa couleur, sa consistance, sa sensibilité, en un mot, tous les caractères normaux, moins la forme et le volume. Le tissu propre de l'utérus n'a subi aucune altération, seulement les vaisseaux profonds et plus particulièrement

les artères, sont plus développés..... Les follicules muqueux qui avoisinent l'ouverture du col et qui, dans l'état ordinaire, sont à peine visibles, sont hypertrophiés, dilatés ; leur orifice excréteur est plus ou moins agrandi, mais ils ne sont pas altérés, au moins dans l'immense majorité des cas.

Klob, de Vienne, considère cette hypertrophie comme dûe à une prolifération du tissu connectif ; il ne rejette pas cependant la participation des follicules muqueux au travail hypertrophique. Il a trouvé, en outre, à l'examen microscopique une grande richesse vasculaire.

D'après Foerster, cette hypertrophie est essentiellement formée par des fibres musculaires lisses, très souvent riche en vaisseaux, et quelquefois avec des nombreux follicules hypertrophiés. Cet auteur n'admet pas la prédominance du tissu musculaire comme Kiwisch, Rokitanski et autres auteurs l'avaient observé.

II. — Anatomie pathologique de l'allongement hypertrophique labial

Virchow considère cette hypertrophie comme dûe à la prolifération et néoformation des follicules muqueux auxquelles il attache une grande importance. De là, la dénomination d'*hypertrophie folliculaire* qu'il donne encore à la forme polypoïde de cette affection. D'après cet auteur, l'apparition de ces glandes, de grandeur anormale, dans les lèvres du museau de tanche, est une prédisposition à la maladie ; leurs dimensions ne font qu'augmenter dans la suite, de sorte que le tissu utérin peut présenter l'aspect d'une amygdale.

A l'opposition de cet auteur, Scanzoni admet que cette hypertrophie est dûe primitivement à une prolifération du tissu musculaire et conjonctif ainsi qu'à la prolifération du système vasculaire artériel. A ces lésions peut s'ajouter plus tard une prolifération des éléments de la muqueuse et surtout de l'appareil folliculaire.

Telles sont les opinions de ces différents auteurs sur ces deux variétés d'hypertrophie. On constate de là que ces lésions ressemblent suffisamment entre elles dans les deux cas.

Avant de prendre parti, il nous semble utile de publier d'abord l'examen microscopique de la première tumeur rédigé par notre ami le docteur C. Tzélépoglou :

« Le revêtement épithélial, sauf un peu d'épaississement, est normal.

Le chorion est le siège d'une infiltration leucocytaire discrète et localisée, surtout dans les parties superficielles. Un grand nombre de vaisseaux de petit calibre paraissent enflammés, certains sont même oblitérés par un processus d'endovascularite. Il existe en plus une quantité considérable de vaisseaux de calibre plus important et à paroi fortement épaissis.

La lésion dominante est une prolifération intense du tissu conjonctif qui dissocie les éléments musculaires. Dans les parties profondes, ces derniers ne sont plus disposés en faisceaux, ils sont représentés par quelques fibres dissociés et étouffés par la sclérose.

Les vaisseaux deviennent rares au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la couche épithéliale. On note, au contraire, une hyperplasie glandulaire anormale, qui donne à cette partie de la coupe un aspect adénomateux. L'épithélium des glandes a conservé sa morphologie

normale. Quant au tissu intergiandulaire il est représenté par du tissu conjonctif renfermant dans ses mailles quelques cellules musculaires.

En résumé, il s'agit d'une vieille lésion chronique, caractérisée par une inflammation très discrète, une prolifération de l'élément glandulaire et surtout par une *sclérose hypertrophique.* »

L'examen miscroscopique de notre deuxième cas, nous a révélé ces mêmes lésions mais à un degré beaucoup moindre.

Après ces deux examens anatomo-pathologiques, qu'allons-nous conclure des opinions émises par Virchow et Scanzoni ? Allons-nous penser que la description de Virchow soit la seule bonne et que celle de Scanzoni est à rejeter, ou inversement ? Naturellement non, car ces deux auteurs ont raison. En effet, tous les tissus du col sont irrités et mis en action par l'inflammation. Ils participent, par conséquent, tous à l'hypertrophie. Mais ce qui constitue le point essentiel, c'est la prédominance d'un système (conjonctif, glandulaire, etc.) sur l'autre. C'est ainsi que tantôt le système glandulaire sera prédominant et l'emportera sur les autres, tantôt le système conjonctif, etc. Il en est de même des autres hypertrophies inflammatoires dont nous avons parlé, comme la mastite diffuse hypertrophique où tours les tissus du sein participent à l'hypertrophie mais à des degrès difrents.

A quoi est dûe cette prédominance ? On sait actuellement que suivant l'origine et la localisation inflammatoire il y a prédominance de tel ou tel système. C'est ainsi que si l'origine est vasculaire les lésions du tissu conjonctif et du système vasculaire seront plus impor-

tantes que les lésions glandulaires. C'est le cas de la malade dont nous apportons l'examen microscopique (voir fig. 7 et 8) où la prédominance des lésions du système vasculaire et conjonctif nous a fait penser à une origine sanguine.

Si l'origine est, au contraire, glandulaire, il y aura encore participation de tous les tissus mais les lésions du tissu conjonctif et vasculaire seront secondaires et la prédominance portera surtout sur le système glandulaire.

Il en résulte, par conséquent, que les descriptions données par Virchow et Scanzoni sont bonnes, l'opinion de Virchow semble correspondre plutôt à l'origine glandulaire de l'inflammation, celle de Scanzoni à l'origine sanguine. Car, comme nous l'avons déja dit, l'inflammation, suivant son origine et sa localisation, provoque l'hyperplasie prédominante de l'élément glandulaire ou celle de l'élément conjonctif. C'est ainsi que nous nous expliquons la différence d'opinion de Virchow et Scanzoni.

Nos cas personnels, surtout le premier, viennent confirmer nettement cette manière de voir et il est très intéressant car il représente *à lui seul* les lésions décrites par Virchow et Scanzoni, cependant avec une grande prédominance du tissu conjonctif.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection sera d'autant plus facile qu'on connaîtra mieux sa symptomatologie et que l'examen complet de la malade aura été conduit avec méthode et précision. Nous étudierons d'abord le diagnostic positif, ensuite le diagnostic différentiel de cet allongement hypertrophique labial avec toutes les autres affections du col utérin.

L'importance d'un diagnostic précis est capitale si on veut éviter les erreurs toujours possibles et surtout les conséquences plus ou moins graves qui pourraient s'ensuivre.

A. — Diagnostic positif. — Pour poser le diagnostic d'un allongement hypertrophique labial du col, il faudra tout d'abord éliminer les tumeurs qui peuvent se développer aux dépens des parois vaginales ; avoir la certitude que la tumeur qu'on constate ne provient uniquement que des lèvres du col ; que cette tumeur fait, en d'autres termes, corps avec la lèvre du col, étant donné qu'elle n'est que son prolongement. Habi-

tuellement, diagnostiquer qu'on a affaire à une tumeur d'origine utérine est chose facile, sauf dans les cas où une tumeur vaginale remplissant tout le vagin empêche, par son volume excessif, d'arriver jusqu'à la matrice.

Il en est ainsi de ces polypes énormes de Pozzi, qui arrivent à combler entièrement la cavité vaginale, empêchant le doigt d'arriver au col et pouvant laisser par conséquent un doute sur l'origine utérine ou vaginale de la tumeur.

Une fois le diagnostic de la tumeur de l'utérus posé, il sera nécessaire de différencier l'allongement hypertrophique uni ou bilabial, que nous étudions, de toutes les autres lésions dont le col peut être le siège. Nous arrivons ainsi au diagnostic différentiel que nous allons maintenant étudier.

B. — Diagnostic différentiel. — Ce diagnostic différentiel ne s'adresse qu'aux cas pour lesquels l'origine cervicale de la tumeur a été démontrée. Partant de cet ordre d'idées, nous étudierons le diagnostic différentiel de l'allongement hypertrophique labial du col avec les affections suivantes :

1. **Le Prolapsus utérin.** — C'est l'erreur la plus fréquemment commise, surtout par les malades. Toutes les malades qui ont été atteintes de cette affection se disaient affectées d'un prolapsus plus ou moins avancé de l'utérus. Nos observations sont d'accord sur ce point et la malade que nous citons en premier lieu n'entra au service de M. le Professeur de Rouville que parce qu'elle se croyait atteinte d'un pareil déplacement. D'ailleurs, pour les malades, l'apparition à la vulve ou

bien la constatation par le toucher (avec le doigt introduit dans le vagin), d'une tumeur qui n'existait pas auparavant, est, dans la plupart des cas, prise pour un prolapsus. Mais ce qui est admissible pour une malade ne le serait pas pour un médecin qui, faute d'un examen attentif, aurait pris cet allongement hypertrophique pour un prolapsus utérin. En effet, les symptômes physiques de ce dernier (nous disons signes physiques parce que les symptômes fonctionnels peuvent se ressembler beaucoup) sont assez nets pour éviter l'erreur : dans l'abaissement et dans la descente, la totalité de la matrice, corps et col, sont plus ou moins déplacés et portés vers la vulve, de façon que, souvent, l'inspection seule peut nous fournir des renseignements importants. Le toucher vaginal nous montre que les culs-de-sac vaginaux sont plus ou moins raccourcis, que les parois vaginales sont renversées d'autant plus que le prolapsus est plus accentué. La pression exercée de bas en haut sur la tumeur la fait remonter dans le vagin, celui-ci en la suivant se redresse et acquiert sa position normale. Une fois au terme de sa course, on sent bien le col à la place qu'il occupe normalement, avec tous ses caractères physiques et limité par des lèvres égales en longueur.

Il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à un allongement hypertrophique uni ou bilabial du col, compliqué ou non de prolapsus.

a) *Allongement hypertrophique labial sans prolapsus.* — Si, en effet, cette affection n'est pas compliquée de prolapsus, on constate, en repoussant la tumeur, l'impossibilité de la faire remonter. D'autre part, le sommet

de cette tumeur ne présente aucun orifice pouvant être pris pour l'orifice externe de la matrice. En troisième lieu, les parois vaginales ne sont pas du tout inversées, et par conséquent l'utérus se trouve à sa place normale. Enfin, si l'allongement hypertrophique est unilabial, la lèvre normale fait la saillie habituelle dans la cavité vaginale.

b) *Allongement hypertrophique avec prolapsus.* — Si, au contraire, il y a coexistence d'un prolapsus, comme chez la malade qui fait l'objet de notre deuxième observation, dans ce cas on procède comme s'il s'agissait d'un prolapsus sans allongement hypertrophique. Mais alors on constate que, une fois l'utérus remonté et le vagin redressé, l'une des lèvres du col, ou bien toutes les deux, sont plus allongées que normalement. Cet allongement peut être égal pour les deux lèvres ou bien plus marqué pour l'une que pour l'autre et de forme identique ou plus ou moins variée (voir formes cliniques).

Nous croyons inutile d'insister davantage : nous nous contentons de donner simplement ce signe important en vue du diagnostic différentiel dont nous nous occupons.

Un autre point sur lequel nous devons attirer l'attention est le suivant : Il ne faut pas confondre *les hypertrophies en épaisseur* que subissent les lèvres du col utérin, de même que *les hypertrophies en longueur d'une de ses parois* (qu'on observe si fréquemment dans le cas de prolapsus), avec l'allongement hypertrophique *labial* que nous étudions. Tandis que les premières sont très fréquentes, il n'en est pas de même de l'allongement hypertrophique *labial* compliquant le prolapsus. Pendant les quatre ans et demi que nous

avons été attaché au service du Professeur de Rouville, nous ne l'avons observé qu'une fois seulement : c'est le cas qui fait l'objet de notre deuxième observation.

II. — **Le polype utérin.** — Après le prolapsus, c'est avec le polype utérin descendu dans le vagin que l'allongement hypertrophique surtout unilabial a été confondu. Ce sont surtout les formes polypoïdes qui sont prises pour des polypes à cause de leur ressemblance avec ces derniers. Néanmoins, un examen attentif et complet nous renseignera immédiatement sur la nature de la tumeur.

L'inspection et la palpation nous donneront des renseignements très importants et très différents dans l'un et l'autre cas. C'est une question de symptomatologie classique qu'il serait peut-être fastidieux de répéter.

Le toucher est très important : Tandis que dans le cas de polype utérin intravaginal la tumeur est entourée par un anneau complet, l'étreignant en quelque sorte, il n'en est pas ainsi pour l'allongement hypertrophique labial. Dans ce dernier cas, le col utérin, son orifice externe et la lèvre hypertrophiée présentent les dispositions que nous leur avons décrites.

Cependant ce diagnostic différentiel peut être parfois délicat si le pédicule du polype s'insère à la partie toute inférieure du col et arrive à se confondre plus ou moins avec l'une de ses lèvres. Dans ce cas, l'examen complet et attentif, le caractère hémorragique de la tumeur, sa surface rappelant la muqueuse utérine, nous tireront d'embarras et nous croyons très exceptionnel d'être obligé de recourir à l'examen microscopique comme dernière ressource.

I. — **Allongement hypertrophique labial de nature fibromateuse.** — Cet allongement hypertrophique est assez rare. Nous considérons comme tel le cas publié par Huguier dans son mémoire (3e observation) et non pas comme un allongement hypertrophique d'origine inflammatoire. C'est pour cette raison que nous l'avons laissé de côté. Pour s'en rendre compte nous citons les quelques lignes consacrées par l'auteur à l'examen macroscopique de la pièce : « La partie enlevée nous présenta à la dissection tous les caractères normaux du tissu utérin. Dans l'épaisseur de la pointe existait un petit corps fibreux très ferme, formé de fibres blanches et nacrées, enveloppé d'une couche de tissu utérin sain. Cette couche avait de 3 à 4 mm d'épaisseur, suivant les points où on l'examinait. »

Il est facile de comprendre, étant donné cet examen macroscopique et l'absence d'examen microscopique de la pièce, qu'on ne peut pas considérer comme authentique ce cas d'allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col.

Le diagnostic, entre ces deux affections, peut être délicat et parfois impossible autrement que par l'examen microscopique. Si, en effet, la tumeur a une consistance dure, plus dure que la lèvre qui lui donne naissance et si elle présente un caractère hémorragique, alors la distinction peut être facile ; néanmoins le microscope sera encore nécessaire en vue d'un diagnostic ferme et certain. Si, au contraire, cette consistance n'est pas celle des tumeurs fibromateuses, soit par la coexistence d'un œdème, soit par suite d'une autre cause,

l'examen microscopique devient alors absolument nécessaire.

IV. — **L'Allongement hypertrophique dû à un myome labial.** — Le diagnostic cliniquement est dans la majorité de cas impossible. La seule ressource sera l'examen microscopique de la tumeur qui nous montrera une prolifération marquée et prédominante des fibres musculaires lisses de cet organe.

Microscopiquement on peut rencontrer cette forme associée à la forme précédente, c'est-à-dire qu'on peut avoir affaire à un fibromyome ou bien à un myome pur, ou bien à un adéno-fibro-myome. Ce sont là des variétés plutôt anatomo-pathologiques que cliniques.

V. **L'inversion utérine.** — Pour que la question de ce diagnostic puisse se poser, il faut que l'hypertrophie soit plus volumineuse à son sommet, à son pôle inférieur, qu'à sa base, c'est-à-dire avoir affaire à la forme polypoïde que nous avons décrite. Le cas de notre première observation peut en être le type.

Les symptômes de cette inversion utérine sont très classiques et diffèrent beaucoup de ceux de l'allongement hypertrophique labial. Nous croyons inutile d'insister davantage. Le diagnostic sera généralement facile.

VI. **L'Allongement hypertrophique en masse du col utérin.** — Cette variété d'allongement constitue la première partie du mémoire de Huguier où il donne les signes différentiels avec le prolapsus de la matrice.

Dans cet allongement hypertrophique *en masse*, l'utérus n'a subi aucun déplacement, son corps se trouve

à la place habituelle et le contrôle est rendu facile par l'examen des parois vaginales qui ont conservé leur longueur et hauteur normales sans qu'elles aient éprouvées, généralement, la moindre inversion.

Tous ces signes peuvent se rencontrer aussi dans le cas d'allongement hypertrophique uni ou bilabial sans prolapsus. Mais la différence porte surtout sur les points suivants :

a) Dans l'allongement *en masse du col*, les deux lèvres de l'orifice n'ont subi, absolument, aucune modification en longueur.

b) L'orifice externe du col n'est pas en retrait par rapport à ses lèvres ; tandis que dans l'affection que nous étudions le col peut avoir la longueur normale mais une des lèvres limitant son orifice ou bien les deux à la fois sont le siège d'un allongement hypertrophique.

c) Ces deux lèvres, ainsi hypertrophiées, sont libres entre elles, non soudées latéralement de telle sorte que l'orifice utérin ne commence pas du tout au sommet de ces lèvres mais bien en arrière, à sa place normale. S'il en était autrement, c'est-à-dire si les deux lèvres étaient soudées latéralement il ne s'agirait plus de notre affection, mais de l'hypertrophie *en masse du col*. Il faudrait alors admettre, la participation à l'hypertrophie des commissures de l'orifice externe du col.

d) Un autre signe assez important c'est l'augmentation en longueur de la cavité cervicale ce qui n'existe pas du tout pour l'allongement hypertrophique labial du col.

VIII. **L'Allongement œdémateux labial du col utérin.** — Le col peut en être atteint, soit dans sa tota-

lité, soit en partie seulement ; encore plus, cet œdème peut être localisé soit sur une lèvre seulement, soit sur les deux à la fois, c'est-à-dire être uni ou bilabial.

Tandis que l'œdème peu marqué est d'un pronostic bénin, il n'en est pas de même de l'œdème accentué, limité à l'une des lèvres du col et prenant la forme polypoïde.

Si on étudie l'allongement œdémateux labial du col, on lui trouve les caractères suivants :

1. *C'est une affection aigüe.* — En effet, c'est une affection accidentelle qui peut survenir soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, (avant ou pendant la dilatation ou bien encore avant ou après la rutpure de la poche des eaux).

2. *C'est une tumeur présentant une grande variabilité dans sa forme.* — La lèvre, qui est le siège de cet allongement œdémateux polypiforme, subit des modifications qui varient avec la durée de l'accident et l'intensité de la cause qui le provoque. On peut parfois suivre par le toucher vaginal toutes ces modifications. C'est ainsi que tout à fait au début la lèvre hypertrophiée dépasse la lèvre normale de telle sorte que le col dans son ensemble est taillé en biseau, en bec de flûte. Suivant que la lèvre œdématiée est l'antérieure ou la postérieure, ce biseau est taillé aux dépens de la lèvre restée normale. Cet allongement œdémateux du début constitue une tumeur sessile, aplatie légèrement d'avant en arrière, au contraire, plus ou moins cylindrique si la cause de cet œdème continue à agir plus longtemps. Dans ce dernier cas, le pôle inférieur de cette tumeur se renfle graduellement et arrive à être beaucoup plus développé

que son pôle supérieur, point d'implantation. D'après les observations qui ont été communiquées, ce volume a atteint les dimensions d'une noix, d'une petite mandarine, d'un poing d'adulte et même d'une tête fœtale. Cette lèvre, ainsi constituée, tend à descendre vers la vulve et à s'extérioriser au fur et à mesure que son œdème devient plus marqué.

3. *C'est un œdème intermittent*, pouvant alternativement disparaître et réapparaître pendant la grossesse et l'accouchement.

4. *C'est une tumeur disparaissant peu de temps après l'accouchement.* — En effet, elle disparaît après le 6e, le 7e, le 11e jours et persiste rarement après le 30e jour des couches.

5. *C'est une tumeur pouvant présenter une grande variabilité dans sa coloration.* — Sa coloration, lorsqu'on peut s'en rendre compte, est rouge, violacée, et varie pendant les contractions utérines, devenant plus sombre. Pendant le repos, cette teinte varie suivant le degré de distension des capillaires veineux du col. Si la distension est exagérée, une rupture pourrait se produire ayant comme conséquence la formation d'un thrombus donnant à la tumeur une coloration noirâtre.

6. *C'est une tumeur due à des causes mécaniques* (retard de la dilatation, pelvi-viciations, présentation du sommet, surtout en occipito postérieure, etc.).

7. *La pression sur la tumeur y détermine le godet d'œdème.*

Après cette exposition des signes caractéristiques de l'allongement œdémateux, il est facile de comprendre que le diagnostic différentiel avec l'allon-

gement que nous étudions n'offrira plus aucune difficulté. Néanmoins, ce diagnostic pourrait être difficile dans un cas seulement : lorsque l'allongement hypertrophique d'origine inflammatoire existant avant l'accouchement et passé inaperçu pendant la grossesse, est lui-même compliqué d'œdème.

IX. — **Les kystes folliculaires du col.** — Au sujet de cette affection, Huguier, dans son mémoire, dit : « Un kyste folliculaire plus ou moins allongé et développé sur cette partie (c'est-à-dire le col) ou dans les culs-de-sac du vagin, pourrait bien être pris pour un développement hypertrophique de l'une des lèvres : on reconnaîtra la tumeur kystique à sa souplesse, sa mollesse, sa fluctuation, sa grande mobilité sur sa base, et quelquefois à sa transparence. »

Peters, en 1910, a publié un cas de polype utérin qui n'était qu'un kyste folliculaire multiloculaire de dimensions d'une poire et appendu au col par un pédicule long de deux centimètres.

Le diagnostic, dans ce cas, peut être très difficile, surtout si le kyste provenant d'une des lèvres du col est multiloculaire et à contenu assez visqueux pour masquer la fluctuation. Ces caractères associés aux formes de ces kystes qui peuvent ressembler beaucoup à celles de l'allongement inflammatoire, rendent le diagnostic clinique presque impossible ; l'examen microscopique devient alors absolument nécessaire. Il en est de même pour le lymphagiome kystique du col.

X. — **L'hydropisie du col.** — C'est une affection très rare. Une pareille hydropisie avec oblitération plus ou moins complète de son orifice, pourrait également

induire en erreur. Huguier parle d'un cas d'hydropisie du col, se trouvant au musée Dupuytren, qui forme dans le vagin une tumeur allongée que Chaussier lui-même a prise pour un polype de l'utérus et qui est inscrite sous ce nom. Il ne faut pas, par conséquent, commettre l'erreur et prendre une telle formation pour un allongement hypertrophique polypoïde labial du col.

On évitera cette erreur en allant à la recherche de l'orifice utérin, qu'on trouve plus ou moins oblitéré et sous forme d'une dépression au sommet de la tumeur constituée par l'hydropisie. Le toucher nous enseignera encore qu'il s'agit d'une tumeur molle et fluctuante. Une simple ponction ou élargissement de l'orifice cervical rétréci suffirait pour vider la tumeur et faire disparaître toute incertitude.

X. — **Le cancer du col de l'utérus.** — C'est pour être complet que nous mentionnons cette affection. Les antécédents de la malade, le caractère hémorragique et très friable de la tumeur et un examen attentif nous mettront bien en garde de toute erreur.

C'est avec la forme végétante que ce diagnostic peut être discuté un instant et surtout avec le cancer qui prend la forme en bouchon de champagne.

XI. — **Le sarcome du col.** — Les signes fonctionnels dans les deux cas ne sont pas du tout les mêmes : hémorragie plus ou moins abondante et presque constante dans le sarcome, symptôme rare, tout à fait exceptionnel, infiniment moins marqué et passager dans l'allongement labial du col. Douleurs, c'est vrai tardives, dans l'un, absence presque absolue dans l'autre.

Tout autres seront encore les signes physiques recueillis par le toucher vaginal sur la forme, le siège, la consistance, le caractère hémorragique, etc., de la tumeur, de manière qu'on pourra éliminer assez facilement cette affection.

D'ailleurs, l'évolution de ces deux affections est absolument différente.

XII. — **Les tumeurs mixtes du col.** — Ces tumeurs mixtes du col ressemblent beaucoup cliniquement aux sarcomes de cet organe. Par conséquent, le diagnostic sera à faire plutôt avec cette dernière affection, dont nous venons de parler, qu'avec l'allongement labial.

XIII. **La tuberculose du col utérin.** — La question se posera surtout de savoir s'il s'agit d'une tuberculose ou d'un cancer. C'est l'examen microscopique encore associé ou non à l'inoculation qui sera nécessaire pour trancher la question.

Telles sont les affections avec lesquelles l'allongement hypertrophique labial du col peut être discuté.

En somme, il faut :

1. Se renseigner bien, si possible, sur la date et le mode du début de l'affection.

2. Savoir que c'est une affection qui n'apporte aucune modification du côté de la menstruation.

3. Suivre les règles que nous avons données en traitant de la symptomatologie, c'est-à-dire :

a) Bien poursuivre la tumeur de son sommet jusqu'à son pédicule.

b) Bien examiner ses rapports avec l'orifice utérin et les lèvres du col.

c) Se rendre bien compte de la forme, de la consistance, du caractère indolore et surtout non hémorragique de cette tumeur.

En somme, ce n'est qu'après un examen clinique attentif et *un examen microscopique* de la pièce qu'on arrivera à poser un diagnostic très exact de cette affection.

INFLUENCE DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE LABIAL SUR LES FONCTIONS GÉNÉRATRICES ET LA GRAVIDITÉ

A. — Influence sur les fonctions génératrices. — On sait depuis très longtemps que l'allongement hypertrophique en masse du col peut être la cause de la stérilité ; c'est une notion qu'on trouve encore dans Hippocrate : « Et si l'orifice de la matrice subit un déplacement vers en bas, la gravidité devient impossible. »

En effet, comme le dit Hippocrate, c'est surtout la situation basse de l'orifice externe du col qui constitue dans ce cas la principale cause de stérilité. Mais ce déplacement manque dans l'affection que nous étudions, bien entendu lorsqu'elle n'est pas compliquée de prolapsus, éventualité plus rare. On peut donc conclure que la stérilité doit être du moins beaucoup plus rare dans notre affection.

Cependant certaines hypertrophies (en tablier, en éventail) provenant surtout de la lèvre antérieure, peuvent prédisposer à la stérilité, par suite de la disposition

en rideau que possède au devant de lui l'orifice utérin.

Un allongement hypertrophique bilabial assez marqué et de consistance assez molle peut aussi parfois occasionner la stérilité, les deux languettes s'appliquant l'une contre l'autre et obstruant ainsi la voie au spermatozoïde. Dans ce dernier cas, il n'en sera pas de même si les deux languettes sont assez fermes pour rester écartées l'une de l'autre, gardant toujours la forme d'un bec de canard ; bien au contraire, cette disposition, dans une certaine mesure, est plutôt favorable à la fécondation, si on se base sur le principe et la méthode de la stomotoplastie de Pozzi, réalisée contre la stérilité.

Notre malade qui fait l'objet de la première observation s'est aperçue de son allongement polypoïde avant la quatrième grossesse, ce qui prouve que la fécondation a pu avoir lieu

On peut, par conséquent, dire que cet allongement hypertrophique labial du col utérin constitue très rarement, à lui seul, une cause de stérilité ; que cette infécondité, si elle existe, est beaucoup moins fréquente que dans l'allongement hypertrophique *en masse* du col.

B. Influence sur la gravidité. — Nous étudierons cette influence suivant que la tumeur est intra ou extra-vaginale pendant la grossesse et pendant le travail.

I. Allongement hypertrophique labial intra-vaginal

a) *Pendant la grossesse.* — Nous nous empressons de dire que les accidents qu'on peut observer pendant la grossesse, par la présence de cet allongement, sont très rares. Lorsqu'ils existent ils sont presque nuls.

b) *Pendant le travail.* — Durant le travail, on peut voir apparaître une anomalie dans les premiers temps de celui-ci, c'est-à-dire dans l'effacement et la dilatation du col. Si, en effet, l'allongement est uni ou bilabial, il est facile de comprendre que l'effacement complet du col mettra plus de temps à s'effectuer. Dans certains cas, cet effacement est plus ou moins complet et dans d'autres, il peut n'être jamais total, de telle sorte qu'il subsiste toujours une portion de la partie hypertrophiée. Il s'en suit que tous les accidents d'un col dont l'effacement est retardé ou incomplet peuvent survenir, c'est-à-dire travail traînant en longueur, épuisement de la femme, chances plus grandes d'infection, etc.

Une autre éventualité possible est le retard de la dilatation, qui peut n'être jamais complète et par suite la possibilité de complications fâcheuses.

Tels sont les principaux accidents qu'on peut observer pendant la grossesse et le travail à la suite d'un allongement labial intra-vaginal. Notre malade qui présentait l'allongement hypertrophique polypoïde de la lèvre antérieure, accoucha normalement sans qu'on ait eu recours à une quelconque intervention. Il ne faut pas oublier que la tumeur se ramollit elle aussi, plus ou moins, sous l'influence de la gravidité, phénomène diminuant les chances de toute sorte de dystocie.

II. **Allongement hypertrophique labial extra-vaginal**

a) *Pendant la grossesse.* — Les inconvénients qu'on peut observer sont rares aussi dans ce cas et nous pouvons répéter ce que nous avons écrit pour la forme intra-vaginale.

b) *Pendant le travail.* — Pendant l'accouchement, les phénomènes dystociques qui pourraient se présenter

intéresseraient la partie inférieure du canal génital. Par conséquent, toutes les difficultés qu'on observerait se produiraient pendant la période d'expulsion. Dans ces conditions, deux cas peuvent se présenter :

1) Le pédicule de la tumeur est assez long, de telle sorte qu'il arrive à dépasser plus ou moins la vulve.

2) Le pédicule de la tumeur est court, de façon que celle-ci se trouve exactement au niveau de la partie inférieure du canal génital.

Dans le premier cas, le dégagement sera d'habitude normal, le pédicule de la tumeur diminuant à peine le diamètre antéro-postérieur de la vulve, la tumeur proprement dite étant tout entière au dehors de ce détroit.

Mais dans le deuxième cas, il n'en sera pas de même et le dégagement pourra être entravé si le volume de la tumeur est assez considérable. On comprend bien que le diamètre antéro-postérieur de la partie inférieure du canal vaginal soit diminué d'une longueur égale à l'épaisseur de la tumeur en question.

CONDUITE A TENIR. — Il est nécessaire de l'étudier en dehors de tout état gravidique, pendant cet état et pendant le travail.

a) *En dehors de la grossesse.* — L'ablation de la partie hypertrophiée est toute indiquée, d'autant plus si la malade se plaint de stérilité ou si on a affaire à l'une des formes favorisantes dont nous avons parlé.

Si la stérilité n'existe pas, alors la question d'intervenir peut encore se poser. Il sera sage d'intervenir en dehors de la gravidité si le volume de la tumeur peut faire craindre certaines complications au cours d'une

grossesse ultérieure. Mais si on a affaire à un allongement hypertrophique uni ou bilabial très peu marqué, l'intervention chirurgicale peut ne pas être nécessaire.

b) *Pendant la grossesse.* — Deux cas sont à considérer :

1) *Il s'agit d'un allongement hypertrophique labial intra-vaginal peu marqué* : Il est rare qu'on soit obligé d'intervenir dans ce cas pendant la grossesse.

2) *Il s'agit d'un allongement intra ou extra-vaginal d'un certain volume.* — Se contenter de suivre la malade attentivement. C'est le volume de la tumeur qui règlera notre conduite. En effet, si celle-ci est assez volumineuse occasionnant quelqu'une des complications mentionnées ou si elle peut faire craindre quelques difficultés pendant le travail, alors la question d'intervenir peut se poser. Quelle intervention va-t-on faire à ce moment? La plus rationnelle serait, naturellement, l'ablatation de la tumeur au bistouri. Déjà Schrœder avait conseillé l'amputation du col *hypertrophié en masse* pendant la grossesse. Potocki dit que cette manière de voir de Schrœder mérite certainement plus de considération qu'elle n'en a eu jusqu'ici étant donné que le traitement par la dilatation manuelle n'a pas toujours été favorable à l'enfant ni à la mère.

Partant de là, conseillerons-nous l'ablation de la partie hypertrophiée? La réponse est assez délicate, car, quoique l'ablatation d'un allongement hypertrophique labial soit plus facile et plus rapide que l'amputation du col utérin comme le conseille Schrœder, elle n'en reste pas moins une opération dangereuse, d'une part, par les hémorragies rendues toujours possibles à cause de la

grande vascularité des tissus, d'autre part, par la possibilité d'une interruption de la grossesse. C'est ce qui arriva chez la femme qui fait l'objet de l'observation de Schœeller que nous publions traduite. Dans ce cas l'ablatation de la tumeur a été suivie d'hémorragie assez abondante, de signes passagers d'infection et surtout de l'interruption de la grossesse vers 6 mois et demi.

Un autre danger important de cette intervention pendant la grossesse est la formation possible de cicatrices au niveau du col, pouvant provoquer, par elles-mêmes, une dystocie plus ou moins marquée.

Nous croyons, par conséquent, que la meilleure conduite sera l'expectation permettant à la femme d'arriver sûrement au terme de sa grossesse (bien entendu, si d'autres causes ne favorisent pas son interruption). On évite ainsi de compromettre plus ou moins la vie de l'enfant et, dans une certaine mesure, celle de la mère.

c) *Pendant le travail.* — Nous avons dit que les complications qu'on peut observer à ce moment là dépendent de la forme intra ou extra-vaginale de l'affection. A ce sujet, nous avons écrit que dans le premier cas il peut y avoir un retard dans l'effacement et la dilatation du col, ou bien une dystocie plus ou moins importante au niveau de la vulve.

1) *Forme intra-vaginale.* — Si l'allongement est peu marqué, on sera rarement obligé d'intervenir. Mais, si celui-ci est d'un volume assez important, quelle sera la conduite dans le cas de dilatation restant depuis longtemps incomplète par suite de l'effacement partiel de la lèvre anormale ? Nous croyons, à ce propos, que la meilleure façon de faire serait de compléter la dilatation

du col par un des procédés rapides connus actuellement. L'intervention chirurgicale doit être rarement indiquée ; la dystocie sera presque nulle, étant donné que la partie hypertrophiée subit elle aussi les modifications physiques du col pendant la gravidité, comme ayant à peu près la même structure que ce dernier. D'ailleurs, une pareille intervention en plein travail ne serait pas, peut-être, sans aucun danger pour la mère.

2) *Forme extra-vaginale.* — On n'aura pas à intervenir si le pédicule étant assez long la tumeur proprement dite se trouve hors de la vulve. Mais si cette dernière, par sa position, diminue le diamètre antéro-postérieur de ce détroit de telle sorte que le dégagement soit pénible et dangereux, alors notre conduite peut être la suivante :

Tacher de repousser la tumeur dans l'intervalle des contractions utérines au dessus de la présentation qui, dans la majorité des cas, sera la tête. Si cette manœuvre de douceur, non sanglante, échoue, alors on pourrait être amené à pratiquer l'ablation de la tumeur au thermocautère et à mettre, par prudence, une pince à forci-pressure à demeure sur le moignon.

Tels sont les accidents que cette affection peut occasionner pendant la gravidité et le travail. Nous répétons que ces formes de dystocie sont rares, d'abord parce que l'allongement hypertrophique *labial* est lui-même rare, ensuite parce que la tumeur subit elle-même un ramolissement pendant l'état gravidique. Notre conduite sera donc bien simple et on sera rarement obligé d'intervenir chirurgicalement.

EVOLUTION — MARCHE

L'évolution de l'allongement hypertrophique uni ou bilabial du col est très lente ; c'est une affection essentiellement chronique, plus chronique cependant par sa durée que par son développement. Elle peut parfois rester latente longtemps, plusieurs années même, si certaines causes propres à cette affection ou bien dues à une autre lésion coexistante n'interviennent pas pour la déceler ; sa découverte est généralement fortuite.

PRONOSTIC

Généralement, on peut dire que cette affection est d'un pronostic bénin. Il varie d'ailleurs avec le degré de développement auquel est arrivée l'affection, la forme qu'elle affecte, les troubles fonctionnels et les accidents qu'elle détermine.

Elle peut n'être considérée que comme une incommodité tant qu'elle ne cause pas de douleurs ni de troubles dans les fonctions de l'utérus ou dans celles des organes qui l'entourent.

Il n'en est pas de même si cette affection est la cause d'une stérilité, (en réalité très rare comme nous l'avons déjà dit), ou bien encore de certains accidents, (encore rares), pendant la grossesse ou l'accouchement. Parfois elle peut devenir un obstacle au rapprochement des sexes et ce n'est là qu'une circonstance de peu d'importance, si la femme approche de la ménopause. Il n'en serait plus de même s'il s'agissait d'une jeune femme mariée, dont l'avenir pourrait être brisé par cette affection. Chez quelques femmes, elle peut devenir en effet une affection très sérieuse à cause des accidents qu'elle peut provoquer, de la réaction qu'elle peut exercer sur leur esprit et de la fâcheuse influence qu'elle peut avoir sur l'exercice de leur profession.

Aussi le praticien doit faire tout ce qui peut dépendre de lui pour soulager ces malades ; ce sont ces moyens de traitement que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

Nous croyons pouvoir dire qu'il n'y a pas de traitement médical radical de l'allongement hypertrophique labial du col de l'utérus. Nous sommes en effet loin de l'époque où on employait les injections antiseptiques, les émissions sanguines locales sur le col même, sur le périnée ou sur l'hypogastre, les lavements froids, les cautérisations et la galvanocautérisation pour faire disparaître un allongement hypertrophique en masse du col, à fortiori un allongement hypertrophique uni ou bilabial de celui-ci.

Le traitement curatif et rationnel de l'allongement hypertrophique du col est donc le traitement sanglant. Mais si ce traitement est actuellement banal et simple, il n'en était pas de même il y a encore quelques années, où cette opération chirurgicale causait une grande mortalité, soit par hémorragie, soit par infection. Nous sommes, en effet, loin de l'époque de Stoltz, où on perdait ses malades par hémorragie à la suite d'une opération si banale actuellement.

C'est pour éviter ces hémorragies souvent mortelles

qu'on préférait à cette époque-là, et même encore au temps de Huguier (1860), l'emploi de l'écraseur linéaire qui servait en même temps comme moyen hémostatique.

Nous croyons inutile de parler des procédés anciens et non utilisés actuellement ; ils n'ont plus qu'un intérêt simplement historique.

On aurait peu de chose à dire sur la technique opératoire de cette affection proprement dite. On doit considérer deux cas :

a) *L'allongement hypertrophique coexiste avec d'autres lésions chroniques du col utérin* : lésions de métrite cervicale, allongement hypertrophique en masse du col utérin, prolapsus utérin, etc.

b) *L'allongement hypertrophique existe seul.*

Dans l'allongement hypertrophique existant avec d'autres lésions, nous tombons à l'un des procédés opératoires s'adressant spécialement à l'affection qui coexiste avec l'allongement, ce dernier passant au second plan. Il en était ainsi pour la malade de notre deuxième observation, chez laquelle, en pratiquant l'opération de Bouilly, on enlevait, en même temps qu'une grande partie de la matrice prolabée, l'allongement hypertrophique coexistant.

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire lorsque l'allongement hypertrophique existe tout seul, on peut employer trois sortes d'incisions constituant en quelque sorte trois procédés différents.

I. Incision verticale sur l'axe du col utérin. — Autrefois, la partie hypertrophiée était amputée par une incision verticale sur l'axe longitudinal du col, de telle sorte que la surface de section était régulière et

nette. On faisait l'hémostase du moignon avec le thermocautère. Ce procédé présentait plusieurs inconvénients : l'hémostase n'était pas suffisante, la cicatrisation très tardive et souvent ne se produisait pas par suite de l'infection secondaire.

D'autres, comme Sims, couvraient la surface de section avec de la muqueuse vaginale à la manière d'un moignon d'amputation.

Cette manière de faire n'a encore qu'un intérêt historique et nous n'insistons pas pour nous occuper plus spécialement des deux procédés qui sont aujourd'hui les plus employés.

II. Procédé de Simon-Marckwald. — C'est le procédé le plus couramment employé, le plus pratique et le plus simple ; c'est celui que mon Maître, Monsieur le Professeur de Rouville, employa pour la malade de notre première observation.

Ce procédé est décrit dans tous les livres de Gynécologie et nous ne trouvons pas l'utilité d'en donner la description détaillée. Nous dirons seulement qu'il consiste à amputer la tumeur perpendiculairement au col utérin par une incision conoïde. Le reste de la lèvre se présente alors avec un évidement conoïde ouvert en avant et regardant l'opérateur.

C'est une partie seulement du procédé de Simon-Marckwald qu'on pratique pour les gros cols métritiques. Pour le traitement de notre affection il n'est pas besoin de diviser le col en deux valves antérieure et postérieure, au niveau de chaque commissure comme on le fait pour l'amputation partielle de ce col. Il s'agit, surtout, d'enlever la partie hypertrophiée en égalisant les deux lèvres.

Si l'allongement hypertrophique est unilabial, l'endroit sur lequel devra porter l'amputation sera indiqué par la lèvre restée normale et l'incision portera sur un point tel que les deux lèvres soient égales en longueur. S'il est bilabial on donnera au col la longueur normale.

Après cette incision conoïde il ne reste plus qu'à suturer les deux lèvres de l'incision. Cette suture a l'avantage de produire en même temps l'hémostase définitive.

III. Procédé de Kehrer. — Cet auteur a indiqué une incision cunéiforme, le bistouri étant non plus dirigé verticalement sur la direction du col et horizontalement, mais sagittalement, presque verticalement suivant le grand axe de ce dernier. On a ainsi une ouverture conoïde regardant en avant. Il ne reste plus qu'à suturer les deux lèvres de l'incision pour donner à la lèvre sa longueur et sa forme à peu près normales et produire, en même temps, l'hémostase de la partie saignante.

Tels sont les procédés qu'on peut employer pour le traitement de l'allongement hypertrophique labial proprement dit.

De ces trois procédés nous donnons la préférence à celui de Simon-Marckwald parce qu'il est simple, rapide, peut être pratiqué sans anesthésie et présente surtout l'avantage de conserver à la lèvre sa largeur, tandis que celui de Kehrer rétrécit et rend pointue la lèvre intéressée.

RÉSUMÉ

Nous pouvons résumer d'une façon concise les notions principales qui se dégagent de l'etude approfondie que nous venons d'exposer :

1° L'allongement hypertrophique uni ou bilabial que nous étudions est une affection rare.

2° C'est une affection le plus souvent d'origine inflammatoire, constituant une forme particulière de métrite cervicale chronique. Plus rarement elle peut être le résultat de l'hypernutrition uterine seule.

3° Elle présente presque tous les symptômes fonctionnels de la métrite cervicale chronique ; ses symptômes physiques sont variables suivant la forme de l'hypertrophie et suivant qu'elle est uni ou bilabiale.

4° Les formes cliniques sous lesquelles cet allongement peut se présenter sont variables et très importantes à connaître pour éviter toute erreur de diagnostic.

5° Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une hypertrophie le plus souvent d'origine inflammatoire. Les examens microscopiques que nous avons pratiqué montrent des foyers d'inflammation subaiguë ou chro-

nique et une prolifération des différents tissus du col utérin et surtout du tissu conjonctif.

6° Elle est rarement par elle-même cause de stérilité et de dystocie pendant la grossesse et l'accouchement.

7° C'est une affection à évolution très lente ; plus chronique par sa durée que par son développement.

8° Le pronostic est le même que celui des métrites cervicales chroniques ; rarement elle est la cause de gros ennuis conjugaux.

9° Son diagnostic est généralement facile à faire, pourvu qu'on suive les règles indiquées. Ne pas confondre cet allongement hypertrophique *labial* avec les hypertrophies *en épaisseur* que subissent les lèvres du col ou les hypertrophies inégales *d'une de ses parois* dans le cas de prolapsus de la matrice. La première variété d'hypertrophie, c'est-à-dire celle que nous décrivons, est rare, tandis que les deux dernières sont au contraire très fréquentes.

10° Le traitement est surtout chirurgical. Celui ci est très simple et consiste soit dans l'excision de la partie hypertrophiée égalisant ainsi les deux lèvres par l'un des procédés décrits, soit, si nécessaire, dans une amputation cervicale partielle telle qu'on la pratique pour les cols métritiques, soit, enfin à une cure de prolapsus lorsque celui-ci coexiste avec l'allongement hypertrophique labial du col.

BIBLIOGRAPHIE

Arrivé. — Sur un cas d'œdème du col pendant l'accouchement avec élimination spontanée pendant l'expulsion de la zone cervicale œdématiée. — Journal des Praticiens, 10 août 1901.

Audebert. — Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. 1898, p. 20.

Bequerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes.

Bertino. — Sur l'allongement longitudinal de la portion vaginale du col de l'utérus. — Archivio di obstétrica e ginecologia. Febbraio 1902, n° 2.

Bertoloni. — Contribution statistique à l'étude du fibromyome du col. — Folia Ginecologia, 1912, p. 151.

Billroth und Lude, Handbuch der Frauentrantheiten.

Boivin (et Dugès). — Traité des maladies des femmes. Paris, 1833.

Bonney. — Amputation du col. 1913, p. 269.

Boni. — Un cas de dystocie par hypertrophie du col utérin. — Bolletino della Societa Toscana di Ostetricia e Ginecologia. Firenze, 1902.

Bossi. — Nouveau cas d'hypertrophie du col chez une femme enceinte. — Bolletino de la Soc. Toscana di Ostetr. e ginec. 1903.

Bossi (L.M.). — Sur l'abus des interventions chirurgicales en particulier au sujet de l'amputation du col. — La Gynécologie, 1899, p. 111.

Bouilly (G.). — Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus. — La Gynécologie, 1900, p. 307.

Bovier (et Chalier). — Allongement hypertrophique du col utérin chez une vieille fille de 68 ans. Amputation du col. Guérison. — Lyon médical, 1913

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchement. 1904, p. 804.

Caruso (Fr.). — Contribution à la connaissance du cysto-adénome du col utérin. — Atti di Soc. ital. d. Ostetr. e Ginec 1901, Roma (in Gynécologie, 1901, p. 449).

Cervet. — Hypertrophie des Cervix uteri, Beitrage zur Berhurtshülfe und Gynatologie.

Chalex-Vivie. — Inocuité de l'amputation anaplastique du col, relativement aux grossesses et accouchements ultérieurs. — La Semaine Gynécologique, 1900, 9 octob.

Chélius. — Traité de chirurgie, trad. par Piqué, 1835.

Cloquet (J.). — Thèse de concours pour la chaire de pathologie externe, 1831.

Combes (E.). — Méthode de traitement des affections du col de l'utérus. — Gazette des Hôpitaux, 1859, p. 339.

Cornil — Tumeur folliculaire hypertrophique du col utérin. — Soc. anat., Paris, 1861.

Cruveilhier (J.). — Traité d'anatomie pathologique générale, 1856, t. I.

Davies (Trevor). — Sarcoma of the Cervix. Proce e ding of the Royal Society of medecine. Obstetrical and Gynœcological section, 1915.

Demarqay. — Un cas d'allongement hypertrophique du col. — Gazette des hôpitaux, 1862.

Desormeaux. — Dictionnaire en 21 vol. Paris, 1821.

Dictionnaire des Sciences médicale, t. 31. Paris, 1819.

Dor et Socin. — (Trad. de l'allemand) Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1858, p. 65.

Douay (E.). — L'évidement conique du col avec double pointe en U. — Gynéc. et obst., 1922, p. 377.

Dubrueil. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Soc. anat. de Paris, 1867.

Dugès et Boivin. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1833.

Dumont. — Thèse de Paris, 1830.

Durante (G.). — De l'inflammation subaiguë et des pseudo-sarcomes inflammatoires. — Presse médic., n° 87, 26 octobre 1912.

Ebermaier (Carl). — Ueber Cervixhypertrophien des Uterus, Thèse allemande de 1887, de Würzburg.

Egine (Paul d'). — Edit. Briau. Paris, 1855.

Engstrom (O.). — De l'hypertrophie œdémateuse aiguë du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. Bd VII ; H. 1, Karger, Berlin, 1906.

Faure (J. L. et Siredey) — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale. 1914.

Fieux (de Bordeaux). — Etude de la musculature du col utérin à l'état de vacuité et pendant la grossesse. — Annales de Gynécologie et d'Obst., 1903

— Nouveaux documents relatifs à l'état musculaire du col de l'utérus gravide et parturient. — Obstétrique, 1911, p. 1089.

Figueroa. — Obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement. — Thèse de doct. Paris 1872, ch. III.

Forgue et Massabuau. — Traité de Gynécologie, 1916.

Fothergiel. — Démonstration clinique d'une opération pour prolapsus de l'utérus compliqué d'hypertrophie du col. — British médical Journal, 1913, p. 702.

Gardien. — Traité complet d'accouchement et des maladies des filles, des femmes et des enfants. Paris 1816.

Gauthier (Marcel). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du col de l'utérus. — Thèse de Montpellier 1911.

Griziatti. — Hypertrophie longitudinale du col utérin par brièveté cong. du vagin. — Annali di Obst. e Ginec. 1901 (in Gynécologie 1902, p. 557).

Gripat. — Hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin, formation kystique (œuf de Naboth) Soc. anat. Paris 1872.

Grodsky (Berne). — Contribution à l'étude des myomes du col. — Gyn. helvetica, 1915, p. 70.

Guéniot. — Arch. de médec, 1872, t. I, p. 403, t. II, p. 46; Société chirurg., Paris, 1874, p. 679.

Guérin. — Gazette des hôpitaux, 1860 (Février).

Hans (Mayer). — Un cas d'œdème aigu du col pendant le travail. — Centralbl. f. Gyn. 1897, p. 1056.

Hans. Meyer-Ruegg). — L'œdème aigu du col de l'utérus gravide et parturient. — Correspondenzblatt fur Schweitzer Aertz, 1912, p. 1177.

Hansson. — Trois cas de grossesse avec hypertrophie considérable du col utérin. — Cent. f. Gyn., 1903, p. 1169.

Hartmann (H.). — L'amputation autoplastique du col utérin. — Gynéc. et obst., 1922, p. 142.

Hégar. — Und Raltenbach gynatologifche opérationslehre.

Heineberg (A.). — Une nouvelle méthode de suture dans l'amputation du col. — American Journal of obstetrics, mai 1915.

Helder. — OEdème aigu intermittent de la lèvre antérieure du col de la matrice chez une femme enceinte de 3 mois. — Nederl. Tijdschrvoor Geneesk, 1905, in semaine médicale, 1905.

Herpin (de Genève). — De l'allongement démesuré du col de la matrice. — Gazette des hôpitaux, 1856.

Horvath (M.). — Lymphangiome kystique du col, cause de dystocie. — Soc. de Gyn. de Budapest, 1912.

Huguier (P. C.). — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, 1860; Gazette des hôpitaux, 1859, p. 605.

Jolly. — OEdème aigu du col dans la grossesse. — Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk, Bd. LII, H. 3, 1904, p. 396.

Kiwisch. — Krankheiten der Gebarmutter. — Prague, 1845.

Klob. — Pathologifche anatomie der weiblichen sexualorgane.

Klok. — Gynætolsgifche Studien.

Kraus. — Anatomie de la portion vaginale du col. — LXXXV[e] Versammlung Deutscher Naturforscher und Aertzte inwien, 1913.

Lemaistre. — Hypertrophie sous-vaginale du col utérin. — Soc. anat., Paris, 1873.

Leroux (de Dijon). — Observations sur les pertes de sang, etc., 1776, p. 14.

Levret. — Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie par Roux, 1773.

Lobstein. — Traité d'anatomie pathologique, 1829.

Lorini. — Dystocie maternelle par hypertrophie et prolapsus de la lèvre antérieure du col. — L'Arte ostetrica, 1904.

Lui. — Obstétrique, août 1908.

Maner. — Birchow's Archive, X Band.

Marocco. — Nouvelle contribution à l'étude du développement et de la formation du col de l'utérus (portion vaginale). — Archivio di obstétrica eginécologia, 1901.

Massabuau (G.) et Puech. — Les tumeurs mixtes du col de l'utérus. — Province médicale, 1908.

Mercadé. — Les lésions dans les prolapsus génitaux et leur trait. chir. — Arch. mens. obst. et gyn., 1918, p. 306.

Metzger. — Un cas de tuberculose du col de l'utérus. — Arch. obst. et gyn., 1916, p. 157.

Michel. — Tumeur polykystique du col utérin à contenu colloïde. — Revue mensuelle d'obst. de gyn. et de pédiatrie, 7e année, n° 9.

Monod (Gust.). — La section du col de l'utérus est-elle une opération rationnelle et dans l'affirmative, indiquer les circonstances dans lesquelles il faut y avoir recours. — Thèse de concours d'agrégation, 1822, Paris.

Morgagni. — xlviie lettre anatomo-pathologique, édit. Désormeau, 1822. Paris.

Moukayé (Kano). — Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales. — Gynéc. et obst., 1922, p. 39.

Muggia (R.). — Sopra la ipertrofia del collo utérino come cause di distocia. — Rivista di Obst. e gyn., 1897, p. 177.

Noble (Géo H.). — Résection de la partie moyenne du copour allongement hypertrophique du col utérin. Racl courcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale. — The american journal of Obst. and Disease of women and childen. (New-York), 1920.

Paladino. — Anomalies pouvant survenir pendant les grossesses et les accouchements consécutivement à l'amputation du col. — La Rassegria d'ostetr. et ginecologia. 1901.

Peters. — Une formation polypeuse de la portion vaginale du col. — Moriatschrift für Geburshulfe und Gynœcologie. 1910, vol. XXXII, p. 373.

Piquand (G.). — Le sarcome de l'utérus. — Revue de Gynécologie, p. 387, 579, 817.

Potocki. — De l'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique de la portion vaginale. — Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris. 1906.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Puech et Massabuau. — Les tumeurs mixtes du col de l'utérus. — Province médicale, 1908.

Raineri. — Du tissu élastique dans l'utérus vide et dans l'utérus gravide. — Arch. italiano di Ginec. 1904.

Rivière et Douin. — Allongement hypertrophique du col et grossesse. — Soc. Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie de Bordeaux, 1910.

Roché (de Pont-sur-Yonne). — Allongement avec hypertrophie du col de l'utérus. — Gazette des hôpitaux, 1859, p. 302.

Roma (B.). — De l'étiologie et de la genèse des hypertrophies du col. — Prager medizinische Wocheuschrift, 1913.

Rouvier (J.). — De l'allongement œdémateux, polyforme, unilabial du col, complication de l'accouchement. — Obstétrique, 1908, p. 353.

— OEdème polyforme unilabial du col vers la fin de la grossesse. — Gyn. et Obst., 1922, p. 314.

Rouville. (G. de). — Allongement hypertrophique polypoïde de la lèvre antérieure du col; Soc. d'obst. et Gynéc. de Montpellier, 1920.

Rumbach (F.). — Thèse Strasbourg, 1865.

Sabatier. — Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin.

Salva Mercadé. — Les lésions dans les prolapsus génitaux et leur trait. chir. — Arch. d'obst. et de gyn., 1918.

Scanzoni. — Traité des maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1858.

Schoeller. — Enorme hypertrophie de la lèvre antérieure du col. — In canstatts Jahresbericht, 1851, p. 354.

Schroeder. — Krantheiten der weiblichen gefchleeh organe.

Ségalin. — Ueber adenoma cysticum cervicis utéri. Diss. Halle-Wittenberg.

Seitz. — OEdème aigu des lèvres du col utérin pendant la grossesse, par suite de coprostase. — In Semaine Médicale, 1905.

Serre. — Pathologie et thérapeutique des maladies pour lesquelles on a prescrit diverses amputations de la matrice ; examen critique dans ces moyens et description des diverses méthodes de ces amputations. — Thèse d'agrégation, 1834, Montpellier.

Stein (G. W.). — Théoretische Anleitung zur Geburtshülfe. — Cassel, 1770.

Stoltz (Al.). — Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements. — Thése inaugurale, Strasbourg, 1826.

Szymanowigz (Jos.). — Observations sur les conditions de la prolifération des glandes utérines chez la femme. — Gynéc. et obst., 1922, p. 128

Tzélépoglou (C.). — Mastite diffuse hypertrophique. — Thèse de Montpellier, 1919.

Weisenberg (B.). — Another case of hypertrophy of the cervia complicating labor. — American Journal of obst., 1896, p. 380.

Verneuil. — Tumeur papillaire du col de l'utérus. — Soc. anat. 1855, p. 144.

Williamson. (H.). — Sarcome en grappe du col de l'utérus. — Obstétrical Society of London, 1905.

Virchow. — Ungewohnliche hypertrophie und Verlængerung der Vaginalportion bei einem Madchen-Amputation und Heilung. — Arch fur Pathol: anat. 1856.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Allongement hypertrophique uni ou bilabial du col utérin.

Par M. J. Cohen.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 30 juin 1922.

Le Professeur,
De ROUVILLE.

Vu :

Montpellier, le 1er juillet 1922

Le Doyen,
DERRIEN

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 1er juillet 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE LAVIER ET CASTEL.

Fig. 4. — Forme et dimensions de la tumeur enlevée par incision biconique (1er cas personnel).

Fig. 5. — Portion retranchée du col, vue par sa face postérieure.

Lèvre postérieure hypertrophiée suivant son épaisseur, formant un croissant dont les extrémités B F se continuent avec la face postérieure de la lèvre antérieure.

Ouverture du col qui présente une forme transversale et semi lunaire. E face postérieure ou interne de la lèvre antérieure.

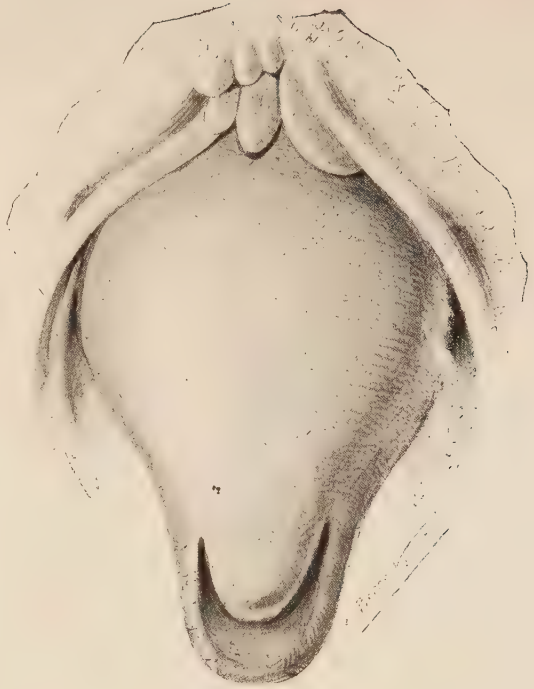

Fig. 6. — Première figure de la xie planche de l'atlas de Dugès et Boivin suivie d'aucune autre description que : « élongation, prolongement du col de l'utérus, sa forme aplatie et prolapsus de cet organe. »

Nous la présentons comme le type de l'allongement hypertrophique simple. Elle montre très bien la différence avec l'allongement hypertrophique *en masse* du col par l'indépendance latérale de ses deux lèvres. Elle présente aussi la forme en museau de tapir que nous avons décrite.

Fig. 3. — Allongement hypertrophique simple de la lèvre postérieure du col avec prolapsus total de l'utérus (deuxième cas personnel).

Fig. 2. — Le cas précédent représenté en coupe sagittale. On se rend bien compte que la tumeur ne constitue qu'un prolongement de la lèvre antérieure du col utérin. Elle parcourt le vagin entier et enfin s'extériorise.

Fig. 1. — Allongement hypertrophique polypoïde extra-vaginal de la lèvre antérieure du col utérin vu de face. La femme est dans le décubitus dorsal en position gynécologique et les petites lèvres sont écartées (premier cas personnel).

FIG. 7. *Couche superficielle.* — Muqueuse dermo-papillaire normale ; infiltration leucocytaire discrète et localisée ; néoformation vasculaire et vaso-dilatation avec endo et périvascularite. Prolifération intense du tissu conjonctif dissociant les éléments musculaires ayant subis eux aussi un certain degré de prolifération (1er cas personnel).

FIG. 8. *Couche profonde.* — Prolifération glandulaire donnant à la coupe l'aspect adénomateux. Tissu conjonctif interglandulaire abondant, renfermant dans ses mailles quelques éléments musculaires. Les vaisseaux sont rares à ce niveau (1er cas personnel).